



I

Salla-Maria Savela ja Henna Sipola

TARKISTUSLISTAN KÄYTTÖKOKEMUKSIA KESKUSLEIKKAUSOSASTOLLA

Kvantitatiivinen kyselytutkimus Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston sairaanhoitajille

TARKISTUSLISTAN KÄYTTÖKOKEMUKSIA KESKUSLEIKKAUSOSASTOLLA

Salla-Maria Savela ja Henna Sipola
Opinnäytetyö
Kevät 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijät: Salla-Maria Savela ja Henna Sipola
Opinnäytetyön nimi: Tarkistuslistan käyttökokemuksia keskusleikkausosastolla
Työn ohjaajat: Markus Karttunen ja Tuula Nissinen
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2013
Sivumäärä: 65 +5 liitettä

Anestesiologeista, kirurgeista, hoitajista ja potilasturvallisuusasiantuntijoista koostuva kansainvälinen työryhmä on laatinut leikkaustiimin tarkistuslistan parantamaan yhteistyötä ja kommunikointia perioperatiivisessa hoitotyössä. Tarkistuslistalla pyritään huomioimaan potilasturvallisuutta vaarantavat asiat ennen anestesian aloitusta, ennen toimenpiteen aloitusta ja ennen potilaan leikkaussalista poistumista. Tarkistuslistan on tutkitusti todistettu vähentävän leikkauskuolleisuutta ja muita komplikaatioita.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä tarkistuslistan käytöstä sekä pyrkiä selvittämään mahdollisia käyttöön liittyviä ongelmia ja sairaanhoitajien kehittämideoita. Tavoitteena on tarjota keskusleikkausosastolle mahdollisuus kehittää tarkistuslistaa ja tarvittaessa kouluttaa henkilökuntaa tarkistuslistan käyttämisessä sekä tuoda esille tarkistuslistan merkitys potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä. Opinnäytetyön tilaajana toimi Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosasto.

Opinnäytetyö oli määrällinen tutkimus, johon kuului myös kaksi avointa kysymystä. Aineisto kerättiin syyskuussa 2012 verkkokyselyllä Webropol-alustalla, jonne vietiin keskusleikkausosaston tarkistuslistaa hyödyntäen laadittu mittari. Kysely välitettiin 176 sairaanhoitajalle, joista 56 vastasi kyselyyn. Vastausprosentti oli 31,8 %. Aineisto analysoitiin Webropol-alustalla laadittujen taulukoiden avulla. Avointen kysymysten kohdalla käytettiin induktiivista sisällönanalyysia.

Tulosten perusteella sairaanhoitajat kokivat tarkistuslistan potilasturvallisuutta parantavaksi tekijäksi. Tarkistuslistaa ei koettu liian työlääksi käyttää ja sitä hyödynnetäänkin hyvin perioperatiivisessa hoitotyössä. Sairaanhoitajat kokivat tarkistuslistan käytön myös parantavan yhteistyötä leikkaus- ja anestesiatiimin välillä. Tuloksissa oli havaittavissa eroja leikkaus- ja anestesiapuolen sekä pehmytkudoskirurgian toimialueen ja tukielin- ja neurokirurgian toimialueen välillä esimerkiksi siinä, kenelle tarkistuslistan lukeminen kuuluu ja kuinka potilaan perussairaudet ja anestesialaitteisto varmistetaan ennen anestesian aloitusta.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää keskusleikkausosastolla perioperatiivisen hoitotyön potilasturvallisuuden kehittämiseen. Tarkistuslistaa voidaan kehittää sitä päivittäin käyttävien sairaanhoitajien kokemusten perusteella toimivammaksi ja tarkoitustaan vastaavammaksi eri tilanteissa. Tuloksia ei voi yleistää koskemaan muita leikkausosastoja, sillä tulokset ovat sidoksissa tutkittavaan ympäristöön ja tarkistuslistaan, joka on muokattu keskusleikkausosaston tarpeisiin sopivaksi.

Asiasanat: potilasturvallisuus, perioperatiivinen hoitotyö, leikkausosasto, leikkaustiimin tarkistuslista

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Salla-Maria Savela and Henna Sipola
Title of thesis: User Experiences of Surgical Safety Checklist in Surgical Department
Supervisors: Markus Karttunen and Tuula Nissinen
Term and year when the thesis was submitted: Spring 2013
Number of pages: 65 + 5 appendices

World Health Organization has developed a Surgical Safety Checklist to improve the cooperation among the operating room staff and the safety of surgical care. The Checklist has been found to be an effective way to ensure patient safety before, during and after surgery.

The commissioner of this study was Surgical Department of Oulu University Hospital. In Surgical Department an edited version of WHO's Checklist has been used for a couple of years. There are no earlier studies about the user experience of a Surgical Safety Checklist in perioperative nursing in the Surgical Department of Oulu University Hospital.

The purposes of this study were to describe nurses' user experiences of a Surgical Safety Checklist in Surgical Department, to find out possible problems in the use of Checklist and also to find out nurses' development proposals.

This study was mainly quantitative, but it also contained two open-ended questions. The data were collected with a questionnaire on the Internet. The questionnaire was made on the basis of the Surgical Safety Checklist used in Surgical Department. 56 of 176 nurses answered the survey. Quantitative data were analyzed using the tablets made by Webropol Online Survey and Analysis Software. The open-ended questions were content analysed.

The study revealed that nurses regarded the Surgical Safety Checklist as a way to improve patient safety and a tool of cooperation between anaesthetic and theatre nurses. It is not guaranteed that the Checklist is a part of every operation but still nurses did not find it too laborious to go through. There were some differences between theatre and anaesthetic nurses, between those who worked in orthopaedic and gastroenterological operating theatres and between men and women. Differences were not very significant.

The results are not generalizable to nurses in other hospitals or in other surgical departments. The thesis will offer Surgical Department a chance to develop the Checklist, to teach the staff to use the Checklist properly and to highlight its meaning for patient safety.

Keywords: patient safety, perioperative nursing, department of surgery, surgical safety checklist

SISÄLLYS

SISÄLLYS	5
1 JOHDANTO	7
2 TARKISTUSLISTA OSANA POTILASTURVALLISUUTTA	9
2.1 Potilasturvallisuus	9
2.1.1 Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät	10
2.1.2 Potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä	11
2.2 Sairaanhoidajana keskusleikkausosastolla	15
2.3 Leikkaustiimin tarkistuslista ja tutkimuksia käyttökokemuksista	17
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	20
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	21
4.1 Tutkimusmetodologia	21
4.2 Tutkittavien valinta	21
4.3 Mittarin laadinta ja esitestaus	22
4.4 Aineiston keruun toteuttaminen ja analysointi	23
5 TUTKIMUSTULOKSET	25
5.1 Keskusleikkausosaston sairaanhoidajien kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämisestä	25
5.2 Keskusleikkausosaston sairaanhoidajien kokemia ongelmia leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämisessä	32
5.3 Keskusleikkausosaston sairaanhoidajien kehittämisideoita leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämiseen	33
5.4 Leikkaustiimin tarkistuslistan hyödyntäminen perioperatiivisessa hoitotyössä keskusleikkausosastolla	37
6 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	46
6.1 Keskusleikkausosaston sairaanhoidajien kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämisestä	46
6.2 Keskusleikkausosaston sairaanhoidajien kokemia ongelmia leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämisessä	47
6.3 Keskusleikkausosaston sairaanhoidajien kehittämisideoita leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämiseen	48
6.4 Leikkaustiimin tarkistuslistan hyödyntäminen perioperatiivisessa hoitotyössä keskusleikkausosastolla	50
7 POHDINTA	53
7.1 Luotettavuus ja eettisyys	53
7.2 Tutkimusprosessi ja omat oppimiskokemukset	56

7.3 Yleistettävyys ja jatkotutkimusaiheet	58
LÄHTEET	60
LIITTEET	66

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus koostuu kolmesta osa-alueesta, joita ovat lääkehoidon turvallisuus, laiteturvallisuus ja hoidon turvallisuus. Hoitotyössä ilmenevät haittatapahtumat, joista voi olla potilaalle merkittävääkin haittaa, ovat potilasturvallisuuden vaaratekijöitä. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 6.) Vuoden 2009 Sairaanhoitajaliiton vuosikirjan teemana on potilasturvallisuus, joka on viime vuosina ollut paljon puhuttu aihe (Kinnunen & Peltomaa 2009). Perioperatiivisen hoitotyön merkittävin potilasturvallisuutta vaarantava tekijä on kommunikaation ongelmat (Leppäniemi 2010, 11). Lisäksi tiimityötaidoilla voidaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen (Väisänen 2011, 20). Potilasturvallisuuden toteuttamista ohjaa lainsäädäntö. Terveystieteiden laissa (1326/2010) 8§:ssä määrätään potilasturvallisuuden toteuttamisen suunnittelusta potilasturvallisuussuunnitelmalla (Terveystieteiden lain 1326/2010 1:8 §). Mikäli potilaan hoidossa ilmenee haittatapahtumia, joista aiheutuu potilaalle vahinkoa, laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) takaa potilasasiamiehen avun esimerkiksi potilasvahinkoilmoituksen teossa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 3:11 §).

Perioperatiivisessa hoitotyössä vaaratilanteisiin johtavat tehokkuusvaatimusten kasvaminen, leikkausteknologian kehittyminen ja leikkausten nopeutuminen, kokemattomuus sekä ammatillinen epävarmuus ja huono stressinsietokyky. Lisäksi virheiden peittelyn on todettu aiheuttavan epävarmuutta ja tätä kautta altistavan virheille. (Silén-Lipponen 2005, 5, 61–63.) Potilasturvallisuutta vaarantavat myös ylityöt, työmäärän kasvu, stressi ja työskentelyn aikaiset häiriöt (Leppäniemi 2010, 11).

Vuosittain noin miljoona potilasta kuolee ja seitsemän miljoonaa saa merkittäviä haittoja leikkaustoimenpiteistä johtuen (Ikonen & Pauniahho 2010, 333). Leikkaustiimin tarkistuslistalla pyritään parantamaan yhteistyötä ja keskinäistä kommunikaatiota. Listan käytöllä pyritään lisäämään turvallisuutta vähentämällä virheitä, yhdenmukaistamalla käytäntöjä ja parantamalla laatua. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 208–209.) Erilaisten tarkistuslistojen, kuten työ- ja varmistuslistojen käytöllä pyritään vähentämään pelkän muistin varassa tapahtuvaa toimintaa (Helovuori 2009, 106). Terveystieteiden laissa on hyödyntänyt tarkistuslistoja osana arviointia, päätöksentekoa ja diagnosointia sekä muistin tukena ja yhdenmukaistamiskeinona (Helovuori ym. 2011, 209). Tarkistuslistan 19 kysymyksellä varmistetaan, että potilasturvallisuuden kannalta merkittävät asiat on otettu huomioon ennen anestesian ja leikkauksen alkamista sekä sen päätyttyä (Iko-

nen & Pauniahho 2010, 333). Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosastolla käytössä oleva tarkistuslista on laadittu WHO:n vuonna 2009 laatiman leikkaustiimin tarkistuslistan mukaan vastaamaan keskusleikkausosaston tarvetta. Vuonna 2009 The New England Journal of Medicine on julkaissut tutkimuksen A Surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population, jonka tulosten mukaan tarkistuslistan käytön seurauksena leikkauskuolleisuus väheni 1,5 prosentista 0,8 prosenttiin. Myös muiden komplikaatioiden havaittiin vähenevän 11 prosentista 7 prosenttiin. (Haynes ym. 2009, 491–499.)

Saimme opinnäytetyömme aiheen Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosastolta. Olimme keväällä 2011 yhteydessä opetuskoordinaattori Pirkko Sivoseen, joka ehdotti, että tutkisimme keskusleikkausosaston henkilökunnan kokemuksia tarkistuslistan käytöstä. Rajasimme kuitenkin tutkimuksen kohdistumaan pelkästään anestesia- ja leikkaussairaanhoitajiin, jotta työstä ei olisi tullut liian laaja.

Tarkistuslistaa on käytetty keskusleikkausosastolla vuodesta 2010 alkaen, ja tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä tarkistuslistan käytöstä. Asiaa ei ole aiemmin tutkittu keskusleikkausosastolla, koska tarkistuslista on ollut käytössä vasta suhteellisen vähän aikaa. Tämän vuoksi ei ole tutkittua tietoa mahdollisista puutteista, jotka voivat vaikuttaa listan käyttöön keskusleikkausosastolla. Tarkistuslista voi jäädä käymättä läpi, jos se koetaan liian työlääksi tai hitaaksi (Helovu 2009, 106). Lisäksi tutkimus pyrkii selvittämään mahdollisia käyttöön liittyviä ongelmia ja sairaanhoitajien kehittämisideoita. Tutkimuksen tavoitteena on tarjota keskusleikkausosastolle mahdollisuus kehittää tarkistuslistaa ja tarvittaessa kouluttaa henkilökuntaa tarkistuslistan käyttämisessä sekä tuoda esille tarkistuslistan merkitys potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on tukea ammatillista kasvuamme perioperatiivisen hoitotyön, tarkistuslistan käyttämisen ja potilasturvallisuuden osalta kehittäen alan asiantuntijuutta.

Tarkoituksenamme oli toteuttaa tutkimus määrällisellä kyselyllä. Lähestymistavan valintaan vaikutti tutkittava ilmiö. Valitsimme kvantitatiivisen lähestymistavan, koska tutkimamme perusjoukko on suuri ja kyseisellä menetelmällä saadaan paremmin vastauksia tutkimusongelmiimme. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40–41.) Kuvailevalla tutkimuksella pyrimme muodostamaan tarkan kuvauksen tutkittavien henkilöiden tarkistuslistan käyttökokemuksista keskusleikkausosastolla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 139.)

2 TARKISTUSLISTA OSANA POTILASTURVALLISUUTTA

Leikkaustiimin tarkistuslistan tavoitteena on puuttua turvallisuutta merkittävästi vaarantaviin asioihin, kuten anestesiakäytäntöihin, leikkausinfektioihin ja kommunikaatioon. Kyseiset asiat ovat yleisiä ongelmia, mutta kuitenkin maailmanlaajuisesti estettävissä. (Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön 2013, hakupäivä 26.1.2013) Erilaisten tarkistuslistojen, kuten työ- ja varmistuslistojen käytöllä pyritään vähentämään pelkän muistin varassa tapahtuvaa toimintaa (Helovuo 2009, 106). Terveysturva on hyödyntänyt tarkistuslistoja osana arviointia, päätöksentekoa ja diagnosointia sekä muistin tukena ja yhdenmukaistamiskeinona (Helovuo ym. 2011, 209).

2.1 Potilasturvallisuus

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto (2006) ovat määritelleet potilasturvallisuuden potilaan näkökulmasta haittoja aiheuttamattomaksi hoidoksi. Potilasturvallisuus koostuu kolmesta osa-alueesta. Ensimmäinen on lääkehoidon turvallisuus, johon kuuluvat vakavat ja odottamattomat haittavaikutukset sekä terveydenhuollon ammattihenkilöstä riippuvat toimet, esimerkiksi poikkeama käyttökuntoon saattamisessa tai jakelussa. Toinen osa-alue on laiteturvallisuus, johon kuuluvat toimintahäiriöt ja laiteviat sekä käyttöpoikkeamat. Kolmantena on hoidon turvallisuus, johon kuuluvat hoitomenetelmien sekä hoitamisen turvallisuus. Potilasturvallisuus käsittää periaatteet ja toiminnot, joilla pyritään varmistamaan turvallinen hoito ja suojaamaan potilasta vahingoittumiselta. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 6.)

Nykyäänä potilasturvallisuuden asema on korostunut, koska ihmisten tietoisuus oikeuksistaan on lisääntynyt. Asiaa on käsitelty kansainvälisesti erinäisissä yhteyksissä. Suomi on osallisena Euroopan Unionin Patient Safety Network –hankkeessa. Sen tarkoituksena on potilasturvallisuuskulttuurin tukeminen, potilasturvallisuuskoulutuksen järjestäminen, tiedon jakaminen jäsenmaiden käyttöön ja erilaisten hankkeiden suunnittelu ja toteutus. (European Union Network for Patient Safety 2008, hakupäivä 20.12.2011.) WHO on perustanut organisaation World Alliance for Patient Safety edistämään potilasturvallisuutta toimimalla muutoksen edistäjänä, jakamalla tietoa ja asiantuntijuutta sekä tukemalla jäsenvaltioita kehittämään potilasturvallisuuskulttuuria (Kansainvälisiä toimijoita potilasturvallisuudessa 2011, hakupäivä 20.12.2011).

2.1.1 Potilasturvallisuuden vaikuttavat tekijät

Fyysinen ympäristö potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä kattaa sekä edistävät että haittaavat tekijät työtilojen rakenteista, järjestelyistä ja muista piirteistä. Tilojen ahtaus, epäjärjestys ja huono valaistus voivat edesauttaa virheiden tekemistä. Havaittaessa puutteita välineistössä tai kalusteissa niistä on ilmoitettava pikimmiten, jotta mahdollisilta vahingoilta vältytään. Laitteiden huollosta ja käyttökoulutuksesta teknologian kehittyessä on huolehdittava säännöllisesti. Tällä edistetään laitteen oikeaa käyttöä, jolloin aikaa jää potilaan hoitamiseen. Lisäksi koulutuksella lisätään henkilökunnan varmuutta laitteiden käyttöön, mikä luo tunnetta työn hallinnasta. Mahdolliset epävarmuuden tunteet teknologiaan liittyen vaikuttavat myös muuhun hoitotyöhön. Yleisimpiä vaaratapahtumiin johtavia syitä voivat olla toimintahäiriöt, ongelmat yhteensopivuudessa ja varajärjestelmien puuttuminen. (Helovuori ym. 2011, 67–70.)

Sosiaali- ja terveysalalla ei perinteisen käsityksen mukaan sallita inhimillisiä virheitä, vaan niiden ajatellaan johtuvan huolimattomuudesta, välinpitämättömyydestä tai asenneongelmasta. Tällainen ajattelutapa korostaa virheentekijän syyllisyyttä, eikä niinkään näe virhettä mahdollisuutena kehittää toimintaa potilasturvallisemmaksi. Liiallinen työkuorma ja stressi vaikuttavat suorituskykyyn heikentävästi, jolloin tarkkaavaisuus ja asioiden muistaminen kärsivät. Lisäksi työntekijän väsymys altistaa inhimillisille virheille. Inhimillinen virhe määritellään toimintaketjun tavoitteen epäonnistumiseksi, joka on ulkoisista syistä riippumaton. Virheet voivat tapahtua sekä ajattelun että toiminnan tasolla. Virheiden analysoiminen tekijän näkökulmasta saa ymmärtämään samankaltaistenkin virheiden erilaisuuden. Esimerkiksi lääkitysvirhe voi johtua epähuomiossa väärästä annostelusta tai ohjeen väärin ymmärtämisestä. Ensimmäisen kaltaisessa virheessä toiminta ei ole aiottua. Jälkimmäisessä tapauksessa toiminta on sujunut täsmälleen aikomusten mukaan, mutta lopputulos on väärinymmärryksen vuoksi virheellinen. (Helovuori ym. 2011, 75–80, 84–88.)

Etenkin hoitotyössä lakisääteisen dokumentoinnin tulee olla selkeää ja perusteellista. Kommunikoinnin ongelmien on todettu vaikuttavan 65 %:iin haittatapahtumista. Tämä voi tarkoittaa väärinymmärrystä tai tiedonkulun katkeamista, mitä voidaan ehkäistä varmistamalla kuullut asiat ja kirjaamalla ne välittömästi. (Helovuori ym. 2011, 72–73.) Vahinkoja on syytä ehkäistä ennalta, sillä se parantaa potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon laatua, vähentää potilaan kärsimystä sekä henkilökunnan kokemaa epäonnistumisen tunnetta. Ei myöskään sovi unohtaa taloudellista puolta – korvauksia maksetaan vuosittain miljoonia euroja. (Mikkonen 2004, 40.)

2.1.2 Potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä

Perioperatiivinen hoito -käsite on otettu alun perin käyttöön Yhdysvalloissa 1970-luvun lopulla. Käsitteellä pyritään kuvaamaan kolmea toiminnallista vaihetta, jotka kuuluvat kirurgisen potilaan hoitotyöhön. Perioperatiivisen hoitotyön -käsite on otettu Suomessa käyttöön vuonna 1987. Tällöin on aloitettu leikkaus- ja anestesiahoitotyön opetus perioperatiivisen hoitotyön nimellä. (Lukkari, Kinnunen, & Korte 2010, 11.)

Perioperatiivista hoitotyötä ohjaa turvallisuuden periaate. Sen mukaisesti perioperatiivinen sairaanhoitaja huolehtii potilaan turvallisuudesta ammattitaidollaan. Turvallisuuden kannalta on tärkeää, että sairaanhoitaja osaa käyttää tarvittavia laitteita, potilasta ei jätetä yksin ja hänelle muodostuu käsitys hoitajien aidosta läsnäolosta. Potilas kokee psyykkistä turvallisuudentunnetta myös silloin, kun hänen mielipiteensä hoitoon liittyen otetaan huomioon. Hoidon jatkuvuuden periaatteen mukaisesti on huolehdittava tiedonsiirron asianmukaisesta toteutumisesta potilaan turvallisuuden ja hyvän hoitotuloksen vuoksi. Perioperatiivisessa hoitotyössä tämä tarkoittaa raportointia potilaan kokonaisvaltaisesta tilasta siirtovaiheessa seuraavaan yksikköön, esimerkiksi heräämöön sekä lisäksi tiedottamista potilaalle. (Lukkari ym. 2010, 17–18.)

Perioperatiivinen hoitoprosessi koostuu kolmesta vaiheesta, jotka eroavat toisistaan ajallisesti ja toiminnallisesti. Leikkausta edeltävää vaihetta kutsutaan preoperatiiviseksi vaiheeksi, joka alkaa sillä hetkellä, kun potilas on päätetty leikata. Intraoperatiiviseen eli leikkauksenaikaiseen vaiheeseen siirrytään, kun potilas vastaanotetaan leikkausosastolle. Intraoperatiivisesta vaiheesta siirrytään postoperatiiviseen eli leikkauksenjälkeiseen vaiheeseen, kun potilas siirtyy valvontayksikköön. Postoperatiivinen vaihe päättyy, kun potilas ei tarvitse leikkaukseen liittyvää hoitotyötä. (Lukkari ym. 2010, 20–21.)

Preoperatiivisessa vaiheessa potilas valmistautuu tulevaan leikkaustoimenpiteeseen kotoa käsin. Potilas saa ohjeistuksen, miten valmistautua leikkaukseen ja hänestä kerätään tietoja erilaisilla tutkimuksilla. (Lukkari ym. 2010, 20–21.) Elektiivisissä eli ennalta suunnitelluissa toimenpiteissä prepoliklinikalla kerätään tietoja potilaasta leikkaukselpoisuuden arviointia varten viimeistään leikkausta edeltävänä päivänä (Lukkari ym. 2010, 53; Rotko 3.11.2011, luento). Näiden potilastietojen avulla valmistellaan tulevaa leikkausta ja anestesiaa varten potilaalle hoitoympäristö. Valmisteluihin kuuluvat anestesia- ja leikkauksvälineiden käyttökuntoon saattaminen. Preoperatiivinen vaihe päättyy siihen, kun potilas otetaan vastaan leikkausosastolle ja intraoperatiivinen toi-

minta alkaa. Silloin potilas saa kirurgisen hoidon siihen soveltuvassa anestesiamuodossa. (Lukkari ym. 2010, 20–21.)

Intraoperatiivisessa vaiheessa kirurgista hoitoa on toteuttamassa moniammatillinen työryhmä, johon kuuluvat kirurgi, anestesia lääkäri, instrumentoiva ja valvova sairaanhoitaja sekä anestesia sairaanhoitaja. Moniammatillisen työryhmän toteuttamaan hoitotyöhön kuuluu paljon erilaisia työtehtäviä. Potilaan tultua leikkaussaliin hänet tulee siirtää turvallisesti leikkauspöydälle. (Lukkari ym. 2010, 20–21.) Turvallisella leikkausasennolla voidaan helpottaa ja nopeuttaa leikkauksen suorittamista sekä vähentää mahdollisia komplikaatioita. Leikkausasennosta päättää leikkaava lääkäri, mutta koko leikkaustiimi osallistuu asennon laittamiseen. Tämä edellyttää anatomista tietämystä, jotta voidaan välttää esimerkiksi hermovammoja ja ihon painaumuksia. (Palkama & Rosenberg 2002, 71.) Toimenpiteen ajan täytyy valvoa potilaan tilaa sekä arvioida tajunnantaso. Myös hoitomenetelmien ja hoitoteknologian hallitseminen on erityisen tärkeää sekä leikkaukseen että anestesiaan liittyen. Kaikki leikkaustoimenpiteeseen tai potilaan vointiin liittyvä tieto kirjataan mahdollisimman tarkasti koko toimenpiteen ajalta. Anestesia valvontasuositus määrittelee, mitä potilaan hoidossa seurataan intraoperatiivisessa vaiheessa. Association of periOperative Registered Nurses (AORN) on laatinut suositukset, joiden mukaan kirjataan esimerkiksi tiedot verityyhjiön käytöstä, mahdollisesta kuvantamisesta, otetuista näytteistä, käytettyjen tarvikkeiden määrästä sekä annetuista lääkkeistä, suonensisäisistä nesteistä ja verituotteista. Edellä mainituista asioista raportoidaan, kun potilasta siirretään valvontayksikköön. (Lukkari ym. 2010, 20, 111.)

Potilaan siirtyessä valvontayksikköön alkaa postoperatiivisen toiminnan vaihe. Valvontayksikössä tarkkaillaan potilaan vointia leikkauksen jälkeen niin kauan, että hän on valmis siirtymään esimerkiksi vuodeosastolle. Ennen vuodeosastolle siirtymistä tulee elintoimintojen olla vakaat. Anestesia valvontasuositus ohjeistaa sairaanhoitajia seuraamaan oleellisia asioita potilaan voinnissa postoperatiivisessa vaiheessa. Anestesian jälkeen valvotaan potilaan kipua, pahoinvointia, neurologiaa, lämpötilaa, virtsaneritystä, verensokeria ja hemodynamiikkaa. Potilaan siirtyessä osastolle lepo kipu ei rajoita toimintakykyä kuten liikkumista tai hengittämistä. Kivunhoito on tärkeää, koska sen aiheuttaman verisuonten supistumisen seurauksena haavan verenkierto ja tätä kautta sen paraneminen heikkenee. Kipu nostaa myös sykettä ja verenpainetta ja lisää elimistön hapentarvetta. Postoperatiivista pahoinvointia tulee ehkäistä ennalta etenkin vatsan alueen toimenpiteissä antiemeeteillä eli pahoinvointilääkkeillä. Neurologisia ongelmia tulee tarkkailla etenkin kallon sisäisten leikkausten jälkeen seuraamalla tajunnantaso ja pupilleja. Hypotermia eli alilämpöisyys kohottaa infektioriskiä, lisää hapenkulutusta ja vaikuttaa veren hyytymiseen pitkien ja suurten

leikkausten jälkeen. Virtsan vähäisen erittymisen taustalla on munuaisten riittämätön verenkierto ja pahimmassa tapauksessa voi kehittyä akuutti munuaisten vajaatoiminta. Verensokerin seuranta on erityisen tärkeää diabeetikoilla, mutta normaali verensokeri parantaa ennustetta kaikkien potilaiden kohdalla. (Lukkari ym. 2010, 21–22, 111, 368–383; Rotko 24.11.2011, luento.) Hemodynamiikan osalta seurataan verenpainetta ja pulssia, koska niistä saatujen tietojen avulla voidaan arvioida mahdollista vuotoa tai hypovolemiaa eli riittämätöntä nestetilavuutta (Iivanainen & Syväoja 2009, 132; Rotko 24.11.2011, luento).

Perioperatiivisessa hoitotyössä huomion kiinnittäminen potilasturvallisuuteen on erittäin tärkeää, sillä suuri osa hoitovahingoista liittyy leikkauksiin. Lisäksi potilasturvallisuus on perioperatiivisen hoitotyön tavoite potilaan hyvinvoinnin, hyvän hoidon ja positiivisten hoitotulosten ohella. (Junttila, Lamberg, Salanterä & Suhonen 2010, 27.) Turvallisen leikkaushoidon edellytyksenä on ammattiryhmien välisen yhteistyön ylläpitäminen ja kehittäminen. Sääntöjen, toistuvien varmistusten, ruutiinomaisen valvonnan, joustavuuden ja terveen järjen käytön on todettu ilmentävän perioperatiivisen hoitotyön turvallisuutta. (Silén-Lipponen 2005, 63, 77–78.) Potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä ovat virheellinen tai puuttuva tarvikkeiden laskeminen, laitevika, virhe lääkeyksessä, menettelytavassa tai toimenpiteessä sekä välineiden tai tarvikkeiden puuttuminen (Leppäniemi 2010, 11). Leikkausta edeltävän, preoperatiivisen vaiheen antibioottiprofylaksian eli leikkausta ennen annettavan antibiootin unohtuminen tai liian aikainen antaminen ovat yleisimmät lääkeyksien virheet (Leppäniemi 2010, 11; Hammar 2011, 26). Potilasturvallisuus on myös uhattuna, jos anestesia-laitteistoa ei ole tarkistettu ennen anestesian aloitusta (Kinnunen & Peltomaa 2009, 95). Preoperatiivisessa hoitotyössä merkittävä potilasturvallisuustekijä on anestesia-lomake. Anestesia-lomake on virallinen asiakirja, joka näin ollen toimii myös oikeusturvana sekä terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin potilaalle. Lomakkeelle kirjataan yksilöllisesti tietoja tulevaa anestesiasta varten, jotta hoito olisi mahdollisimman turvallista. (Lukkari ym. 2010, 108–116, 136.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä kommunikaation ongelmien on todettu aiheuttavan jopa 70 %:a haittatapahtumista (Leppäniemi 2010, 11). Ongelmat sekä lääkäreiden että hoitajien keskinäisessä tiedonkulussa voivat johtaa väärinymmärryksiin, jotka puolestaan voivat aiheuttaa riskin potilaan hoidolle. Yhteistyön on havaittu kärsivän leikkaus- ja anestesiahoitajien jakaantuessa kahtia ammattiryhmien perusteella. Sen sijaan kokemukset onnistumisesta ja yhdessä työskentelyn ilo vaikuttavat positiivisesti. (Silén-Lipponen 2005, 56–57, 59.) Intraoperatiiviseen eli leikkauksen aikana potilasturvallisuuteen vaikuttaa lisäksi hoitohenkilöstön pätevyys toimia tehtävissään. Sekä leikkaus- että anestesiahoitajien ammatillinen pätevyys on määritelty erittäin vaa-

tivaksi. Väitöskirjassaan Tengvall (2011) kokosi ammatillisen pätevyyden osa-alueet leikkaus- ja anestesiahoitajille intraoperatiivisessa hoitotyössä. Leikkaushoitajien ammatillisen pätevyyden osa-alueet olivat aseptiikka ja turvallisuus, dokumentointi ja kommunikointi, leikkaushoidon tekniikka, lääke- ja anestesiahoito, hoitovalmistelut, hoidon yksilöllisyys, äkilliset erityistoiminnot sekä leikkausasennot. Parhaiten leikkaussairaanhoitajien osa-alueista toteutuivat aseptiikka ja turvallisuus -sekä leikkaushoidon tekniikka -osa-alueet. Nämä käsittävät steriilin toiminnan, desinfektion ja potilashoidon turvallisuuden sekä instrumentaation ja välineiden tarkistuslaskennan. Osa-alueista heikoiten toteutuivat leikkausasennot ja hoitovalmistelut, joihin kuuluvat leikkausasennon laittaminen sekä leikkaushoitosuunnitelma ja potilaan taustatiedot. Anestesiahoitajien ammatillisen pätevyyden osa-alueet olivat anestesia- ja lääkehoito, kommunikointi ja turvallisuus, hoitovalmistelut, anestesiahoito aloitus, yhteistehtävät, tiimi- ja ohjeistustaidot, yhteisvastuutaidot sekä erityistoiminnot. Anestesiahoitajien osa-alueista parhaiten toteutuivat anestesiahoito aloitus sekä anestesia- ja lääkehoidon -osa-alueet, jotka käsittävät muun muassa potilaan vastaanottamisen, välineellisen valmiuden sekä anestesia-lääkkeet, verivalmisteet ja nestehoidon. Sen sijaan heikointa oli hoitovalmistelujen ja erityistilanteiden toteutuminen. Näihin kuuluvat anestesiahoitosuunnitelma ja -hoitoon varautuminen sekä laitteiden tuottaman tiedon suhteuttaminen potilaan kokonaistilanteeseen. (Tengvall 2011, 37–47, 55–57, 61–63, 68–83, 88–93, 100–101.)

Postoperatiivisessa vaiheessa potilaan turvallisuus voi vaarantua hengitykseen, verenkiertoon, virtsaneritykseen ja lämpötilaan liittyvien ongelmatilanteiden vuoksi, minkä takia potilaan tarkkailu valvontalaitteiden kuten pulssioksimetrin ja kliinisten havaintojen avulla heräämössä on tärkeää. Anestesia-aineet voivat lamata potilaan hengitystä, jolloin potilas kärsii hypoventilaatiosta eli riittämättömästä kaasujenvaihdosta keuhkorakkuloissa. Korkeaa verenpainetta eli hypertensiota voi aiheuttaa sympaattisen hermoston liiallinen aktiivisuus, kipu, hypoventilaatio, nesteytyksen liiallisuus, pelko ja ahdistus sekä diagnosoitu verenpainetauti. Korkea verenpaine voi altistaa rytmihäiriöille, sydämen akuutille vajaatoiminnalle ja aivoverenkierron häiriöille. Hypotensiota eli matalaa verenpainetta sen sijaan voi aiheuttaa nestehukasta tai verenvuodosta johtuva hypovolemia, anestesia-aineet, rytmihäiriöt ja sydämen akuutti vajaatoiminta. Rytmihäiriöt eivät välttämättä johdu sydämen toimintahäiriöstä, vaan niiden taustalla voi myös olla elektrolyyttihäiriö ja hapen puute. (Lukkari ym. 2010, 381–383.)

Munuaisten vajaatoiminta voi aiheuttaa ongelmia virtsanerityksessä. Normaali virtsaneritys voi lisäksi häiriintyä leikkaustoiminnasta ja anestesia-aineista, jolloin ongelma voi ilmetä vähävirtaisuutena tai runsasvirtaisuutena. Virtsaamisvaikeuden syynä voi myös olla kipu, virtsatieleikkaus,

puudutuksen vaikutus sekä ympäristöstä johtuvat tekijät, kuten yksityisyyden puuttuminen. Hypotermian eli alilämpöisyyden mahdollisuus on otettava huomioon etenkin iäkkäillä sekä lapsi- ja puudutuspotilailla. Lihaväriinastä johtuva hapenkulutuksen kasvaminen aiheuttaa hapenpuutetta kudoksissa, ja pahimmillaan se voi johtaa sydänlihaksen hapenpuutteeseen. Alilämmöllä voi olla lihasrelaksanttien ja sedatoivien lääkkeiden vaikutusaikaa pidentävä ominaisuus. Potilaan aktiivinen lämmittäminen lämpöpuhaltimella ja peitteillä laajentaa verisuonia, jolloin verenpaine laskee. Tämä voi aiheuttaa tarvetta potilaan nesteytykselle. (Lukkari ym. 2010, 381–383.)

2.2 Sairaanhoidajana keskusleikkausosastolla

Oulun yliopistollinen sairaala (OYS) on yksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin (PPSHP) kolmesta sairaalasta. Pohjoisimman sairaanhoitopiiriin alueella asuu lähes 400 000 henkilöä. (Tietoa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin toiminnasta 2012, hakupäivä 29.1.2012.) Oulun yliopistollisessa sairaalassa on kuusi leikkausosastoa: keskusleikkausosasto, korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkausosasto, avohoitotalon leikkausosasto, naistentautien leikkausosasto, silmätautien leikkausosasto sekä lisäksi lasten leikkausosasto. (Anestesia, leikkaus ja tehohoito 2012, hakupäivä 29.1.2012.)

Suurin osa leikkausosastoista kuuluu keskusleikkausosaston tavoin operatiiviseen tulosalueeseen. Keskusleikkausosaston toimialueet ovat pehmytkudoskirurgia sekä tukielin- ja neurokirurgia. Ne käsittävät pehmytkudoskirurgian, urologian sekä sydän-, rintaelin- ja verisuonikirurgian, neurokirurgian, plastiikka- ja käsikirurgian sekä ortopedian ja traumatologian. Lisäksi operatiivisen tulosalueen alaisuudessa toimii anestesiavaltayksikkö, heräämö, urologian heräämö ja infektioheräämö. Keskusleikkausosastolla on käytössä 18 leikkaussalia, joiden toiminta on jaoteltu erikoisalojen mukaan. Erikoisalat ovat yleis- ja vatsaelinkirurgia (salit 1, 2 ja 15), urologia (salit 16, 17 ja 18), verisuonikirurgia (sali 3) sekä sydän- ja thoraxkirurgia (salit 4, 5 ja 6), plastiikka- ja käsikirurgia (sali 8), ortopedia (salit 10 ja 11), traumatologia (salit 9 ja 14) sekä neurokirurgia (salit 12 ja 13). Lisäksi salissa 7 tehdään päivystysleikkauksia. (Sivonen 2012.) Keskusleikkausosastolla työskentelee noin 200 henkilöä eri ammattiryhmistä, muun muassa sairaanhoitajia, lääkäreitä, lääkintävahtimestareita ja sairaalahuoltajia. Leikkaustoimintaa on vuorokauden ympäri vuoden jokaisena päivänä ja päivystysaikaan leikataan myös yli vuoden ikäiset lapsipotilaat. Vuosittain keskusleikkausosastolla tehdään noin 10 000 toimenpidettä, joista puolet on päivystyksellisiä. (Keskusleikkausosasto 2012, hakupäivä 29.1.2012.) Keskusleikkausosaston on todettu olevan kansallisella tasolla tehokkain yksikkö saliajan käytössä (Sivonen 17.1.2012, haastattelu).

Leikkaussairaanhoitajan tehtäviin kuuluu valmistautua tulevaan toimenpiteeseen toimenpidekohtaisen työohjeen mukaan. Työohjeen lisäksi valmistautumiseen vaikuttaa merkittävästi potilaan tiedot leikkaussuunnitelmassa. Leikkaussairaanhoitajat varaavat tarvittavan välineistön saliin ja järjestävät saliolosuhteet sopivaksi tulevaa toimenpidettä varten. Valmisteluiden aikana he voivat olla yhteydessä kirurgiin tai vuodeosastoon. Leikkaussairaanhoitajat voivat toimia kahdessa tehtävässä vuorotellen joko valvovana tai instrumentoivana hoitajana. Valvova sairaanhoitaja pitää huolen leikkaussalin järjestyksestä ja siisteydestä toimenpiteen ajan. Hän huolehtii kirjaamisesta, tiedottamisesta ja varmistaa leikkauksen sujuvuuden. Leikkauksen loppupuolella sulkuvaiheessa hoitajan tehtäviin kuuluu laskea leikkauksessa käytetyt neulat ja sidetarvikkeet yhdessä instrumentoivan hoitajan kanssa. Valvovan sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu myös valmistella seuraavaan leikkaukseen tarvittavia välineitä ja pyytää esilääkitsemään potilas. Instrumentoivan sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu kirurgien avustaminen ja saamiensa instrumenttien laskeminen. Häneltä edellytetään myös ennakkointia ja leikkauksen vaiheiden seuraamista, jotta oikeat välineet ovat saatavilla. Instrumentoiva hoitaja huolehtii välineiden antamisesta sekä instrumenttipöytien siisteydestä. Hyvin tärkeitä tehtäviä ovat myös vuodon arviointi sekä steriiliyden ja aseptiikan säilymisen valvonta. (Käyrä 2010.) Keskusleikkausosastolla työskentelee yli 70 leikkaussairaanhoitajaa (Sivonen 2012).

Anestesiahoitaja valmistautuu tulevaan toimenpiteeseen toimenpidekohtaisen työohjeen mukaan. Hän varaa potilaan hoidossa tarvittavat lääkkeet ja välineet. Tarvittaessa anestesiahoitaja voi varmistaa asioita anestesiahoitajilta, sähköisestä potilastietojärjestelmästä tai vuodeosastolta. Anestesiahoitajan tehtäviin kuuluu avustaa anestesiahoitajaa anestesian aloituksessa. Hän valvoo ja huolehtii leikkauksen ajan potilaan vitalitoiminnoista ja anestesian syvyydestä, johon hän on saanut ohjeistuksen anestesiahoitajilta. Hoitajan tulee varautua muutuviin tilanteisiin, joten hänen on oltava ajan tasalla leikkauksen vaiheista ja siitä, miten ne vaikuttavat potilaaseen. Hänen täytyy voida työskennellä itsenäisesti, mutta hän tarvitsee myös hyviä vuorovaikutustaitoja. Leikkauksen lopussa anestesiahoitaja kirjaa jatkohoito-ohjeet, ilmoittaa potilaasta jatkohoitopaikkaan, avustaa potilaan herätyksessä ja siirtämisessä heräämöhön. Siirron yhteydessä anestesiahoitaja antaa raportin heräämön sairaanhoitajille potilaan tilasta ja toimenpiteen kulusta. (Peltoniemi & Piippo 2010.) Keskusleikkausosastolla työskentelee yli 80 anestesiahoitajaa (Sivonen 2012).

2.3 Leikkaustiimin tarkistuslista ja tutkimuksia käyttökokemuksista

Leikkaustiimin tarkistuslistan on kehittänyt anesthesiologeista, kirurgeista, hoitajista ja potilasturvallisuusasiantuntijoista koostuva kansainvälinen työryhmä (Ikonen & Pauniahho 2010, 333). Työryhmässä on lisäksi ollut ilmailun asiantuntijoita (Ahlstén 2010, 18). World Alliance for Patient Safety (WAPS), World Health Organization'n (WHO) potilasturvallisuusliitto, käynnisti Safe Surgery Saves Lives –ohjelman vähentämään leikkauksista aiheutuvia haittoja. Leikkaussalien tarkistuslistan kehittämisen taustalla on ollut ilmailualalla käytössä olleet tarkistuslistat, joilla on osaltaan parannettu turvallisuutta. Tarkistuslistan 19 kysymyksellä varmistetaan, että potilasturvallisuuden kannalta merkittävät asiat on otettu huomioon ennen leikkauksen alkamista ja sen päätyttyä (Ikonen & Pauniahho 2010, 333). Potilasvakuutuskeskuksen mukaan leikkaustiimin jäsenet ovat velvoitettuja käyttämään tarkistuslistaa osana perioperatiivista hoitotyötä (Potilasvakuutuskeskus edellyttää leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöä 2012, hakupäivä 27.2.2013).

WHO:n laatima leikkaustiimin tarkistuslista on jaettu kolmeen osaan leikkauksen vaiheiden mukaan. Tarkistuslistan kohdat tulee olla käytyä läpi ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä. Ensimmäistä vaihetta kutsutaan sisäänkirjautumiseksi, jolloin varmistetaan asioita ennen anestesian alkua. Toista vaihetta kutsutaan aikalisäksi, jolloin varmistetaan viimeisiä asioita ennen leikkausviiltoa. Kolmatta ja viimeistä vaihetta kutsutaan uloskirjautumiseksi, jolloin varmistetaan asioita ennen kuin potilas poistuu leikkaussalista. Jokaisessa vaiheessa varmistettavat asiat tarkistetaan suullisesti. (Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön 2012, hakupäivä 13.2.2012.)

Ensimmäisessä vaiheessa varmistetaan potilaan henkilöllisyys, toteutettava toimenpide, leikkausalue ja potilaan suostumus toimenpiteeseen. Potilaan suostumus toimenpiteeseen tulisi olla kirjattuna sairauskertomukseen. Leikkausalueen tarkistamisen yhteydessä merkitään leikattava puoli tarpeen vaatiessa. Sen jälkeen anesthesiologi vahvistaa ASA-luokan eli klinisen tutkimuksen ja anamneesin perusteella arvioitun anestesia-riskiluokituksen, pituuden ja painon, perussairaudet ja lääkkeet, implantit ja proteesit, leikkausta edeltävän lääkityksen, tromboosiprofylaksian eli laskimotukoksia ehkäisevää lääkityksen ja muun veren hyytymiseen vaikuttavan lääkityksen, laboratoriovastaukset ja anestesiavälineistön tarkastuksen. Anestesiahoitaja vahvistaa pulssioksimetrim asennamisen ja toiminnan. Tämän jälkeen anesthesiologi vahvistaa ääneen potilaan mahdolliset allergiat, vaikean hengitystien, aspiraatio-riskin ja arvion leikkausvuodosta. (Karinen & Ali-Melkkilä 2006, 288; Leikkaustiimin tarkistuslista 2009; Hammar 2011, 26.)

Toisessa vaiheessa ennen leikkausviiltoa varmistetaan, että tiimin jäsenten nimet ja tehtävät ovat kaikkien tiedossa. Leikkaavan lääkärin tulee vahvistaa potilas, leikkauskohde ja toimenpide. Tämän jälkeen varmistetaan, että potilaalle on annettu antibioottiprofylaksia 60 minuutin sisällä. Tiimin tulee käydä läpi toimenpiteen kulku ja mahdolliset kriittiset tekijät, koska ne tulee ottaa huomioon ja kertoa ennen toimenpiteen alkua. Leikkaavan lääkärin tulee käydä läpi myös mahdollisesti rutiinista poikkeavat suunnitelmat, leikkauksen arvioitu kesto sekä verenvuoto. Tämän jälkeen anestesiologi tai anestesiahoitaja käy läpi mahdolliset huolenaiheet, jos potilaan hoitoon liittyy erityistä. Instrumentoiva ja valvova hoitaja vahvistavat steriiliteetin, välineistön, instrumentit ja saatavilla olevat lääkeaineet. Myös diatermialevyn eli monopolaarisessa toiminnassa sähkövirran potilaasta pois vievän neutraalielektrodin paikka tulee vahvistaa ääneen. Lopuksi valvova hoitaja vahvistaa, että tarvittavat kuvat ovat esillä. (Markkanen 2002, 199–205; WHO 2009.)

Kolmannessa vaiheessa ennen leikkaussalista poistumista hoitajat laskevat ääneen instrumentit, taitokset ja neulat. Samalla vahvistetaan myös, että näytteet ovat merkitty ja välineistöongelmat on otettu huomioon. Leikkaavan lääkärin tulee vahvistaa diagnoosi, toimenpiteen nimi ja koodit. Edellä mainitut asiat tulee olla kirjattuna oikein. (Leikkaustiimin tarkistuslista 2009.)

WHO ohjeistaa terveydenhuollon yksiköitä muokkaamaan laatimaansa tarkistuslistaa kyseisen yksikön tarpeisiin sopivaksi. Lisäksi organisaatio muistuttaa, ettei listasta tule muokata liian monimutkaista. (Helovuo ym. 2011, 211.) Keskusleikkausosastolla on huhtikuussa 2010 laadittu oma versio WHO:n leikkaustiimin tarkistuslistasta (liite 1). Keskusleikkausosaston työryhmä on muokannut listan ulkonäköä sekä karsinut ja lisännyt joitakin kohtia. (Sivonen 17.1.2012, haastattelu.)

Selkeyttääkseen tarkistuslistaa keskusleikkausosaston työryhmä on muuttanut käytettyä fonttia ja karsinut listan sisältöä. Keskusleikkausosastolla käytettävään listaan ei myöskään kirjallisesti kuivata kohtien läpikäymistä ja toteutumista. WHO:n tarkistuslistan alkutarkistuskohdasta on poistettu potilaan suostumus toimenpiteeseen. Anestesiavalmiuteen kuuluvista tekijöistä on karsittu potilaan pituus ja paino, implantit ja proteesit sekä kohta leikkausta edeltävään lääkitykseen liittyen. Implantteja ja proteeseja vastaa sen sijaan tiedustelu tahdistimista ja metalliesineistä. Leikkausta edeltävää lääkitystä ei käsitellä tarkistuslistassa. (Leikkaussalin tarkistuslista OYS, Kesle 2010.) Sen sijaan anestesiaomakkeeseen täytetään tiedot mahdollisesta esilääkityksestä ja sen vaikutuksesta potilaaseen. Lisäksi anestesiaomakkeelle kirjataan tiedot potilaan pituudesta ja painosta. (Anestesiakertomus 2012.) Näitä tietoja ei oteta huomioon tarkistuslistassa, vaikka etenkin lapsipotilailla paino on erittäin merkityksellinen annosteltaessa anestesia-aineita, säädet-

täessä hengityskoneen asetuksia ja laskettaessa leikkauksenaikaista nesteentarvetta. (Rotko 24.11.2011, luento.) Lopputarkistusvaiheesta on poistettu kohta välineistöongelmien huomioimisesta. Keskusleikkausosastolla käytössä olevaan tarkistuslistaan on lisätty tiedustelu potilaan liikerajoituksista ja leikkausvälineistön saatavuudesta ennen anestesiaa läpikäytävään osioon. Viimeisessä vaiheessa, ennen salista poistumista, tiedusteltavat jatkohoito-ohjeet on keskusleikkausosaston tarkistuslistassa määritetty tarkemmin. (Leikkaussalin tarkistuslista OYS, Kesle 2010.)

Tarkistuslistan käyttöön ottamiseen on tutkitusti liittynyt suurta vastustusta, mutta vastustamisesta huolimatta tarkistuslista on osoittautunut hyväksi keinoksi varmistaa potilasturvallisuutta. (Weiser ym. 2010, 365–370.) Tarkistuslistaa käyttämällä voidaan parantaa potilasturvallisuutta ja sen käyttäminen ei vie ylimääräistä aikaa toimenpidevalmisteluilta (Sewell ym. 2011, 897–890; Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön 2012, hakupäivä 26.1.2013). Tarkistuslistan käytön on myös todettu olevan kustannustehokasta (Semel ym. 2010, 1593–1599). Tarkistuslistan läpikäymisen on tutkitusti todettu parantavan kommunikaatiota anestesia- ja leikkaustiimin välillä. Tarkistuslistaa hyödyntämällä koko leikkaustiimi saa tarkempaa tietoa potilaan tilasta ja tulevasta toimenpiteestä, jolloin vältetään virheitä (Lingard ym. 2004, 330–334; Pesonen 2011 18–20).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä. Lisäksi tutkimuksella pyritään selvittämään mahdollisia käyttöön liittyviä ongelmia ja kartoittaa hoitajien kehittämisideoita. Tutkimuksen tavoitteena on tarjota keskusleikkausosastolle mahdollisuus kehittää tarkistuslistaa ja tarvittaessa kouluttaa henkilökuntaa tarkistuslistan käyttämisessä. Tavoitteena on myös tuoda esille tarkistuslistan merkitys potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä ja tukea ammatillista kasvuamme kehittämällä ammatillista asiantuntijuutta perioperatiivisen hoitotyön, tarkistuslistan käyttämisen ja potilasturvallisuuden osalta.

Viitekehyksen sekä tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden perusteella olemme laatineet seuraavat tutkimusongelmat:

1. Minkälaisia kokemuksia keskusleikkausosaston sairaanhoitajilla on leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämisestä?
2. Minkälaisia ongelmia keskusleikkausosaston sairaanhoitajat kokevat leikkaustiimin tarkistuslistan käytössä?
3. Minkälaisia kehittämisideoita keskusleikkausosaston sairaanhoitajilla on leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämiseen?
4. Millä tavalla leikkaustiimin tarkistuslistaa hyödynnetään perioperatiivisessa hoitotyössä keskusleikkausosastolla?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Käsitlemme tutkimuksen toteuttamista esittelemällä ja perustelemalla valitsemaamme tutkimusmetodologiaa. Sen lisäksi kerromme, kuinka tutkittavat on valittu, kuinka olemme laatineet tutkimuksessa käyttämämme mittarin ja suorittaneet esitestaamisen. Lopuksi käsittelemme vielä aineiston keräämiseen ja analysointimenetelmiin liittyviä asioita.

4.1 Tutkimusmetodologia

Tutkimusmetodologia ja keinot, joilla tietoja hankitaan, vaikuttavat tuotettavan tiedon luotettavuuteen. Kvantitatiivinen menetelmä tarkastelee tutkittavaa asiaa numeerisesti eli kuvailemme leikkaustiimin tarkistuslistan käyttökokemuksia numeerisesti. Tarkoituksenamme oli tehdä kuvaileva poikittaistutkimus, jossa aineisto kerätään vain kerran. Kuvailevalle, määrälliselle tutkimukselle tyypillisesti emme asettaneet tutkimukselle hypoteeseja. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40–44.) Kuvailevan tutkimuksemme tavoitteena oli tuoda esille tarkistuslistan käyttökokeusten keskeisimmät ja huomionarvoisimmat piirteet keskusleikkausosastolla (ks. Vilkkä 2007, 20). Kvantitatiivinen menetelmä soveltui hyvin tutkimuksemme lähestymistavaksi, koska halusimme yleistettävää tietoa. Tämä puolestaan edellytti, että keräämme aineiston laajalta kohderyhmältä. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40–41.) Saadun numeerisen tiedon esitimme prosenttilukuina. Oleelliset asiat selitimme myös sanallisesti ja pyrimme tuomaan tuloksista esille yhteneväisyyksiä ja eroavuuksia. (ks. Vilkkä 2007, 14.)

4.2 Tutkittavien valinta

Kohderyhmämme oli keskusleikkausosaston leikkaus- ja anestesiahoitajat, joita on yhteensä noin 150. Teimme kokonaistutkimuksen, mikä tarkoittaa, ettemme käyttäneet otantamenetelmiä. Kyselyyn vastaaminen mahdollistettiin koko sairaanhoitohenkilöstölle, joten se muodosti tutkimuksemme perusjoukon. (ks. Vilkkä 2007, 77–78.) Tekemällä kokonaistutkimuksen pyrimme saamaan laajemman aineiston kuin otantamenetelmien käyttäminen mahdollistaisi. Tiedonantajille ei ollut muita kriteereitä kuin työskentely leikkaus- tai anestesiahoitajana keskusleikkausosastolla.

4.3 Mittarin laadinta ja esitestaus

Laadimme tutkimuksessa käyttämämme mittarin itse ja tarkoituksenamme oli hyödyntää keskusleikkausosastolla käytettävää leikkaustiimin tarkistuslistaa kysymysten laadinnassa. Mittarin aihealueina olivat vaiheet ennen anestesian aloitusta, ennen toimenpiteen aloitusta ja ennen leikkaussalista poistumista (liite 2). Suurin osa kysymyksistä oli monivalintakysymyksiä, joissa vastausvaihtoehdot olivat ennalta määritellyjä. Monivalintakysymykset toteutimme asenneasteikolla 1–5, joka mittasi mielipiteitä ja asenteita. Lisäksi käytimme avoimia kysymyksiä, joihin vastaaja saattoi vapaasti kirjoittaa vastauksensa. Mittarin laatimisessa tuli ottaa huomioon se, että kysymykset mittaisivat oleellisia asioita. Hyvän mittarin laatiminen edellyttää täsmällistä tutkimusongelmien määrittelyä, teoriaan perehtymistä ja asioiden välisten yhteyksien pohtimista. Mittausvälineen on myös oltava täsmällinen ja kattava, eikä vastaamisaika saa venyä liian pitkäksi. Strukturoidussa lomakkeessa kysymysten järjestys on vakioitu, minkä perusteella aineiston analysointi on helpompaa. (Vilkkä 2007, 62–63; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 86–88.)

Tarkoituksenamme oli esitestata tekemämme mittari ennen varsinaisen tutkimuksen suorittamista, sillä onnistunut tutkimus edellyttää toimivaa mittaria (Vilkkä 2007, 78). Esitestauksen avulla kartoitimme mahdolliset puutteet ja virheet mittarissa, koska aineiston kerättyämme niihin ei voisi enää vaikuttaa. Suoritimme esitestaamisen järjestämällä koekyselyn kohderyhmään kuulumattomille sairaanhoitajille toisella leikkausosastolla. (ks. Vilkkä 2007, 78.) Tavoitteenamme oli, että esitestauksen suorittaisi ainakin viisi sairaanhoitajaa. Esitestauksen saatekirjeessä (liite 3) pyysimme vastaajia vastaamaan kyselyyn ja tämän jälkeen täyttämään laatimamme palautelomakkeen (liite 4). Lomakkeessa kysyimme vastausohjeiden selkeyttä, kysymysten ymmärrettävyyttä ja yksiselitteisyyttä, tietoa oleellisten kysymysten puuttumisesta ja tarpeettomista kysymyksistä, kysymysten kykyä mitata aiottua asiaa sekä vastaamisen kulunutta aikaa ja sen kohtuullisuutta. Lopussa oli vapaata tilaa kirjoittaa kommentteja ja parannusehdotuksia. Esitestauksesta saimme hyvää palautetta. Esitestaajien mielestä mittari oli selkeä ja se mittasi aiottuja asioita. Vastauksissa tuotiin esille, ettei mittarissa tiedusteltu ravinnotta oloajan varmistamista. Emme lisänneet kyseistä asiaa mittariin, koska sitä ei ole keskusleikkausosaston tarkistuslistassa. Esitestaajien mielestä vastaamiseen kulunut aika ei ollut liian pitkä. Emme tehneet mittariin muutoksia, mutta korjasimme muutamia kirjoitusvirheitä.

4.4 Aineiston keruun toteuttaminen ja analysointi

Suunnittelimme opetuskoordinaattori Pirkko Sivosen kanssa toteuttavamme aineistonkeruun verkkokyselynä Webropol-alustalla. Webropol on Internetissä oleva sovellus, jolla voi muun muassa toteuttaa kyselyitä, laatia kvantitatiivisia analyyseja ja raportteja tuloksista (Webropol 2013, hakupäivä 22.3.2013). Laatimamme mittari vietiin alustalle, jossa tutkittavat vastasivat kysymyksiin. Tarkoituksena oli tulostaa vastaukset, jotta voimme viedä ne SPSS-ohjelmaan (Statistical Package for the Social Sciences) ja muodostaa havaintomatriisin eli taulukon muuttujien havainnoista (ks. Vilka 2007, 111).

Vastaajille tiedotimme tutkimuksesta sekä leikkaus- että anestesiapuolen osastonhoitajan välityksellä. Alussa kyselyyn johtanut linkki ei tuntemattomasta syystä toiminutkaan, mutta saimme korjattua sen. Tämän vuoksi tiedotimme vastaajille kyselystä osastonhoitajien välityksellä kaksi kertaa. Toisessa sähköpostissa pahoittelimme alun ongelmia ja kiitimme kärsivällisyydestä, tiedotimme vastausajasta, lähetimme linkin Webropol-kyselyyn ja laitoimme liitteeksi saatekirjeen (liite 5). Saatekirjeessä kerroimme opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja nimettömyydestä sekä tulosten käsittelemisestä. Anestesia- ja leikkauspuolen osastonhoitajat välittivät laatimamme kyselyn yhteensä 176 sairaanhoitajalle. Heistä 56 vastasi kyselyyn, jolloin vastausprosentti oli 31,8 %.

Tutkimusta tehtäessä saadun aineiston analysointi, tulkinta ja siitä tehtävät johtopäätökset ovat tutkimuksessa ydinasioita. Nämä vaiheet ovat tärkeitä ja niihin tähdätään jo tutkimusta aloittaessa. Tulosten analyysi paljastaa, millaisia vastauksia tutkimusongelmiin on saatu. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.)

Aloitimme aineiston analysoinnin tarkistamalla aineiston. Erityisesti kiinnitimme huomiota mahdolliseen katoon, joka tarkoittaa tutkimuksesta puuttuvan tiedon määrää. Meidän ei tarvinnut puutteellisten vastausten vuoksi poistaa aineistosta yhtään vastausta, joten aineistomme ei pienentynyt lainkaan. Webropol-sivustolla oli mahdollista tehdä aineistosta ristiintaulukointeja ja saada valmiita prosenttilukuja tuloksiin, joten päädyimme analysoimaan aineiston SPSS-ohjelman sijaan Webropol-sivustolla. Tarkastelimme tuloksia useiden eri ehtojen vallitessa ja pohdimme, olivatko tulokset merkityksellisiä. Kävimme kaikki kysymykset läpi vertaillen muun muassa sukupuolen, työtehtävän ja toimialueen vaikutusta vastauksiin. Laadimme prosenttiluvuista ja henkilöiden lukumääristä lukuisia taulukoita, jotta saisimme mahdollisimman monipuoli-

sia tuloksia. Kirjoitimme tulokset prosenttilukuina, joiden lisäksi lisäsimme opinnäytetyöhön myös Excel-ohjelmalla laadittuja palkkikuvioita. (ks. Vilka 2007, 105–134.)

Koska tutkimuksessa oli myös avoimia kysymyksiä, hyödynsimme tulosten analysoinnissa lisäksi sisällönanalyysia, joka analysoinnin lisäksi mahdollistaa asioiden kuvaamisen. Sisällönanalyysilla pyritään tavoittelemaan merkityksiä ja sisältöjä tuottamalla aineistojen yksinkertaistettuja kuvauksia. Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöistä eli induktiivista tai teorialähtöistä eli deduktiivista. Valitsimme induktiivisen sisällönanalyysin, koska asiasta ei ole aikaisempaa tietoa. Tutkimusongelmien ohjaamana luokittelimme kysymyksittäin saamamme aineiston sanojen teoreettisen merkityksen pohjalta. Otimme huomioon myös sen, että aiemmat havainnot tai tiedot eivät ohjaile analyysin toteuttamista. Sisällönanalyysi koostuu pelkistämisestä, ryhmittelystä ja abstrahoinnista. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131–135.)

Kokosimme Webropol-alustalta avointen kysymysten vastaukset yhteen ja aloitimme analysoinnin lukemalla ne läpi. Pelkistimme saamamme vastaukset tiivistettyyn muotoon ja etsimme aineistosta samankaltaisia vastauksia alaluokiksi, joista muodostimme pääluokat. Laadimme vastausten perusteella kuvion, jossa näkyvät pelkistetyt ilmaisut sekä ala- ja pääluokat. Ensimmäisen avoimen kysymyksen vastaukset luokittelimme kahteen pääluokkaan: ”Potilasnäkökulma” ja ”Henkilöstönäkökulma”. Toisen avoimen kysymyksen luokittelussa muodostui viisi pääluokkaa: ”Tarkistuslistan lukemiseen liittyvät asiat”, ”Henkilökunnan asenne”, ”Lisättävät asiat”, ”Poistettavat kohdat” ja ”Tarkistuslistan fyysiset muutokset”.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyön kyselyyn vastasi 56 sairaanhoitajaa, joista 76,8 % oli naisia ja 23,2 % miehiä. Vastaajista 48,2 % työskenteli anestesia-sairaanhoitajana ja 51,8 % leikkaussairaanhoitajana. Pehmytkudoskirurgian toimialueella työskenteli 53,6 % vastaajista ja tuki- ja neurokirurgian toimialueella työskenteli 46,4 % vastaajista. Vastaajien iän keskiarvo oli 40,5 vuotta. Vastaajilla oli keskimäärin 12,1 vuotta työkokemusta perioperatiivisesta hoitotyöstä ja 11,6 vuotta työkokemusta keskusleikkausosastolla. Työkokemusten määrät vaihtelivat alle vuodesta yli 30 vuoteen. Kyselyyn vastanneista suurin osa (78,6 %) oli töissä, kun tarkistuslista otettiin käyttöön. Heistä yli puolet (63,6 %) tiesi, minä vuonna tarkistuslista otettiin käyttöön. Arvioidut vuosiluvut vaihtelivat välillä 2009–2011.

5.1 Keskusleikkausosaston sairaanhoitajien kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämisestä

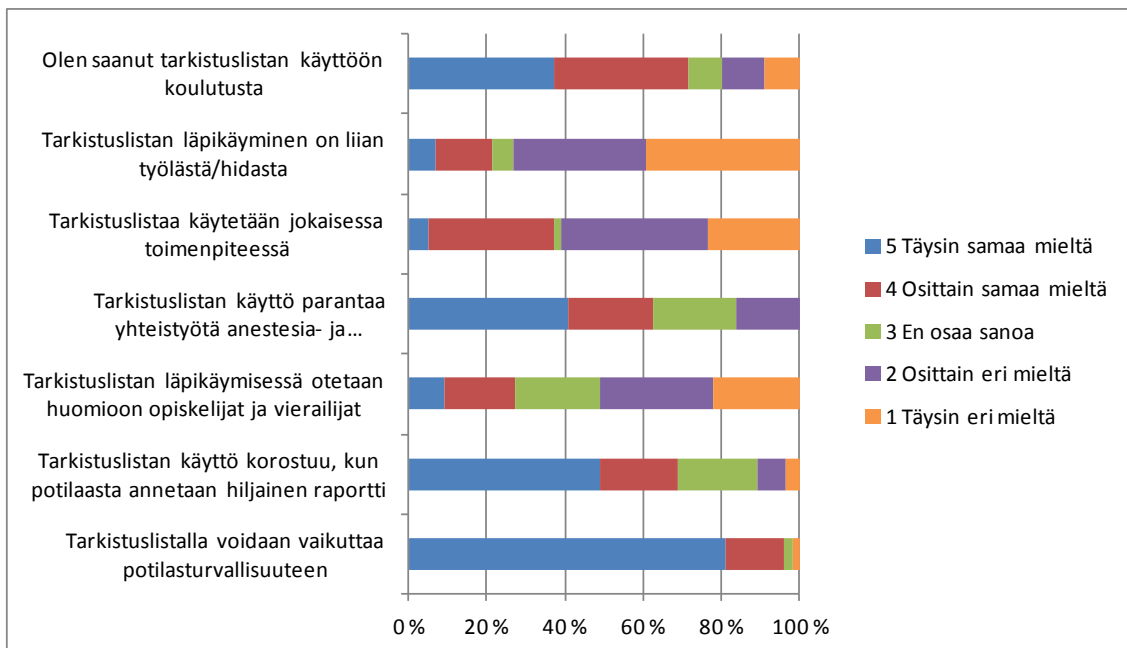
Vastaajista yli kolmasosa oli täysin samaa mieltä (37,5 %) ja myös reilu kolmannes osittain samaa mieltä (33,9 %), että he olivat saaneet koulutusta tarkistuslistan käyttöön. Anestesia-sairaanhoitajat (40,7 %) kokivat saaneensa enemmän koulutusta tarkistuslistan käyttöön kuin leikkaussairaanhoitajat (34,5 %). Tukielin- ja neurokirurgian toimialueella (50,0 %) vastaajat kokivat saaneensa enemmän koulutusta tarkistuslistan käyttöön kuin pehmytkudoskirurgian toimialueella (26,7 %). Suurin osa vastaajista ei kokenut tarkistuslistan läpikäymistä liian työlääksi tai hitaaksi. Leikkaussairaanhoitajista neljäsosa (27,6 %) ja anestesiahoitajista yli puolet (51,9 %) olivat sitä mieltä, ettei tarkistuslistan läpikäyminen ole liian työlästä. Leikkaussairaanhoitajista viidesosa (20,7 %) koki tarkistuslistan liian työlääksi, mutta anestesia-sairaanhoitajista huomattavasti pienempi osa (7,4 %) oli tätä mieltä.

Yli kolmannes vastaajista (37,5 %) ilmoitti olevansa osittain eri mieltä tarkistuslistan käyttämisestä jokaisessa toimenpiteessä. Kuitenkin vajaan kolmasosan (32,1 %) mielestä tarkistuslistaa käytetään jokaisessa toimenpiteessä. Anestesia- ja leikkaussairaanhoitajista reilu kolmasosa oli osittain samaa mieltä siitä, että tarkistuslistaa käytetään jokaisessa toimenpiteessä (anestesia-sairaanhoitajat 33,3 %, leikkaussairaanhoitajat 31,0 %). Vajaa puolet (41,1 %) vastaajista koki tarkistuslistan käytön parantavan yhteistyötä anestesia- ja leikkauspuolen välillä. Yksikään vastaajista (0 %) ei ollut täysin eri mieltä yhteistyön paranemisesta, mutta viidesosa

vastaajista (21,4 %) oli vastannut ”en osaa sanoa”. Anestesia- ja leikkaussairaanhoitajat (55,6 %) kokivat tarkistuslistan käytön parantavan yhteistyötä anestesia- ja leikkauspuolen välillä leikkaussairaanhoitajia enemmän (27,6 %). Pehmytkudoskirurgian toimialueella (46,7 %) tarkistuslistan koettiin parantavan yhteistyötä anestesia- ja leikkauspuolen välillä hieman enemmän kuin tukielin- ja neurokirurgian toimialueella (34,6 %). Vastaajista vajaa kolmannes (29,1 %) ilmoitti olevansa osittain eri mieltä opiskelijoiden ja vierailijoiden huomioimisesta osana tarkistuslistan läpikäymistä. Reilu viidesosa kaikista vastaajista (21,8 %) oli vastannut tähän kysymykseen ”en osaa sanoa”.

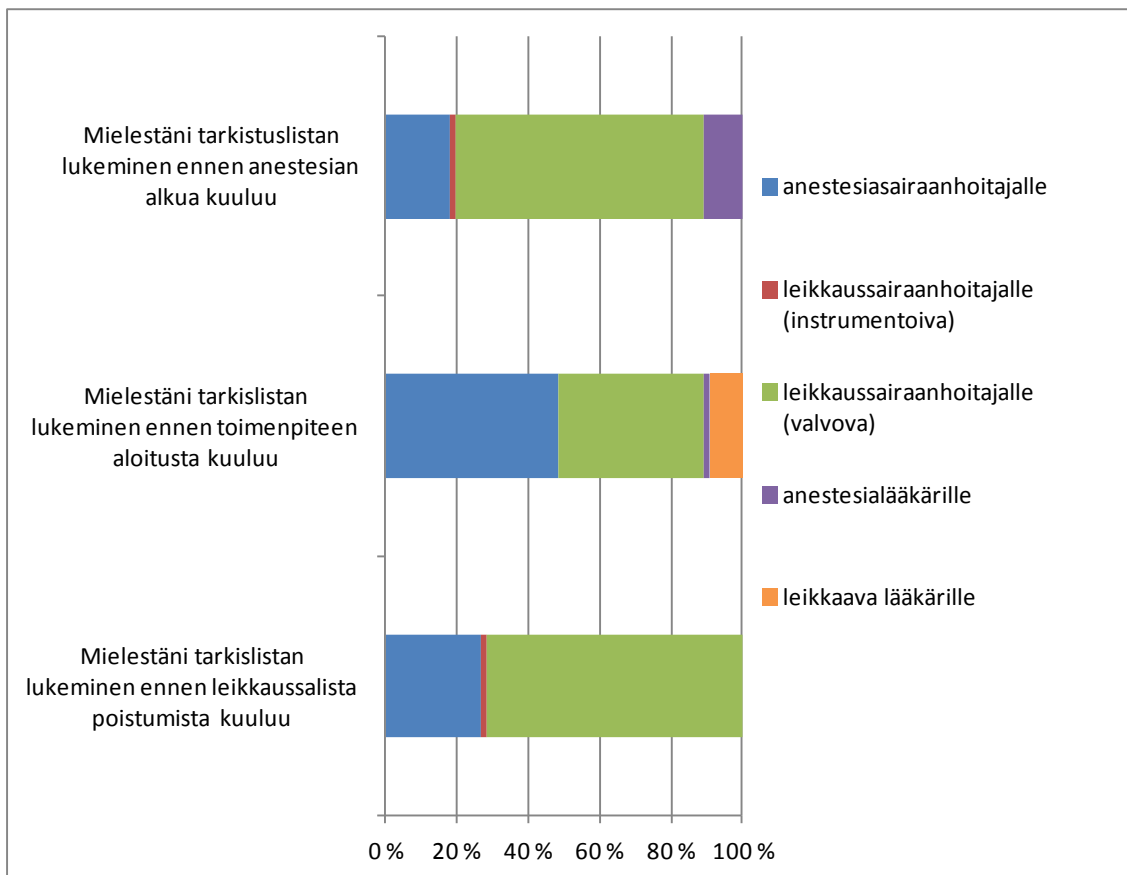
Noin puolet (49,1 %) vastaajista koki tarkistuslistan käytön korostuvan, kun potilaasta annetaan hiljainen raportti. Anestesia- ja leikkaussairaanhoitajat kokivat tarkistuslistan käytön korostuvan enemmän, kun potilaasta annetaan hiljainen raportti (anestesia- ja leikkaussairaanhoitajat 66,7 %, leikkaussairaanhoitajat 32,1 %). Lähes kaikki vastaajista (81,1 %) olivat täysin samaa mieltä tarkistuslistan vaikutuksesta potilasturvallisuuteen. Pieni vähemmistö vastaajista (1,9 %) oli täysin eri mieltä listan vaikutuksesta potilasturvallisuuteen. Anestesia- ja leikkaussairaanhoitajista suurin osa koki, että tarkistuslistalla voidaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen (anestesia- ja leikkaussairaanhoitajat 88,9 %, leikkaussairaanhoitajat 73,1 %). Suurin osa vastaajista sekä pehmytkudoskirurgian (75,0 %) että tukielin- ja neurokirurgian toimialueella (88,0 %) koki tarkistuslistan vaikuttavan potilasturvallisuuteen.

Kokosimme keskusleikkausosaston sairaanhoitajien kokemukset tarkistuslistan käyttämisestä yhteen taulukkoon, josta käy ilmi kaikkien vastaajien vastausten jakautuminen eri vastausvaihtoehtojen kesken (kuviot 1).



KUVIO 1. Keskusleikkausosaston sairaanhoitajien kokemuksia tarkistuslistan käytöstä

Suurin osa vastaajista (69,6 %) oli sitä mieltä, että leikkauspuolen valvovan sairaanhoitajan tulisi lukea tarkistuslista ennen anestesian alkua. Alle viidesosan mielestä (17,9 %) anestesiahoitajan tulisi lukea tarkistuslistaa, mutta myös anestesia lääkäriä ehdotettiin lukijaksi (10,7 %). Vajaa puolet vastaajista (48,2 %) oli sitä mieltä, että anestesiahoitajan tulisi lukea tarkistuslista ennen toimenpiteen aloitusta. Kuitenkin lähes yhtä moni (41,4 %) ehdotti leikkauspuolen valvovaa hoitajaa. Myös leikkaavaa lääkäriä ehdotettiin lukijaksi (8,9 %). Enemmistö vastaajista (71,4 %) haluaisi valvovan sairaanhoitajan lukevan tarkistuslistaa ennen leikkaussalista poistumista. Reilun neljänneksen (26,8 %) mielestä tarkistuslistan lukija olisi anestesiahoitaja ja loppujen (1,8 %) mielestä leikkauspuolen instrumentoiva hoitaja. (kuvio 2).



KUVIO 2. Mielipiteet tarkistuslistan lukijasta

Lähes kaikki vastaajat (92,9 %) kannattivat tarkistuslistan käyttämistä. Yksikään vastaajista (0 %) ei ollut täysin eri mieltä ja vain pieni vähemmistö (5,4 %) oli osittain eri mieltä tarkistuslistan kannattamisesta. Noin neljäsosa vastaajista (23,1 %) oli täysin samaa mieltä ja yli puolet (57,1 %) osittain samaa mieltä, että tarkistuslista on toimiva sellaisenaan. Pieni vähemmistö (10,7 %) koki olevansa osittain eri mieltä ja vielä pienempi osa (1,8 %) täysin eri mieltä.

Toiselle avoimella kysymyksellä pyysimme vastaajia perustelemaan, miksi he kannattivat tarkistuslistan käyttämistä. Jaoin vastaukset kahteen luokkaan sen mukaan, olivatko ne potilaan vai henkilökunnan näkökulmasta esitettyjä (kuvio 3).

Ensimmäiseen, Potilasnäkökulma-luokkaan tuli paljon vastauksia tarkistuslistan potilasturvallisuutta parantavasta vaikutuksesta. Vastaajat toivat esille tarkistuslistan merkityksen potilaan henkilöllisyyden, leikkauskohteen, suunnitellun toimenpiteen, antibioottiprofylaksian toteutumisen, leikkauksen keston ja kriittisten vaiheiden varmistamisessa. Tarkistuslistan koettiin tuovan varmuutta, kun näitä asioita tarkistettiin toimenpiteen yhteydessä. Vastauksista kävi myös ilmi, että

hoitajat kokivat tarkistuslistan potilasturvallisuusvaikutusten vaikuttavan potilaan hyvään hoitoon ja työn laatuun. Myös leikkausajan koettiin lyhenevän, kun tarkistuslistan läpikäymisellä varmistetaan oleelliset asiat sekä tarvittavan lisävälineistön saatavuus ja toimivuus. Vastaajat kokivat tarkistuslistan vaikuttavan potilasturvallisuuteen, mutta huomauttivat, ettei tarkistuslista yksinään takaa potilasturvallisuutta. Suoritettavalla toimenpiteellä oli vaikutusta tarkistuslistan käyttöön, sillä esimerkiksi hätätoimenpiteissä käytön kannattavuus oli vähäistä.

”joskus epäselvissä tilanteissa saadaan varmuus potilaan henkilöllisyydestä, leikkauskohteesta. potilasturvallisuus on parempi.”

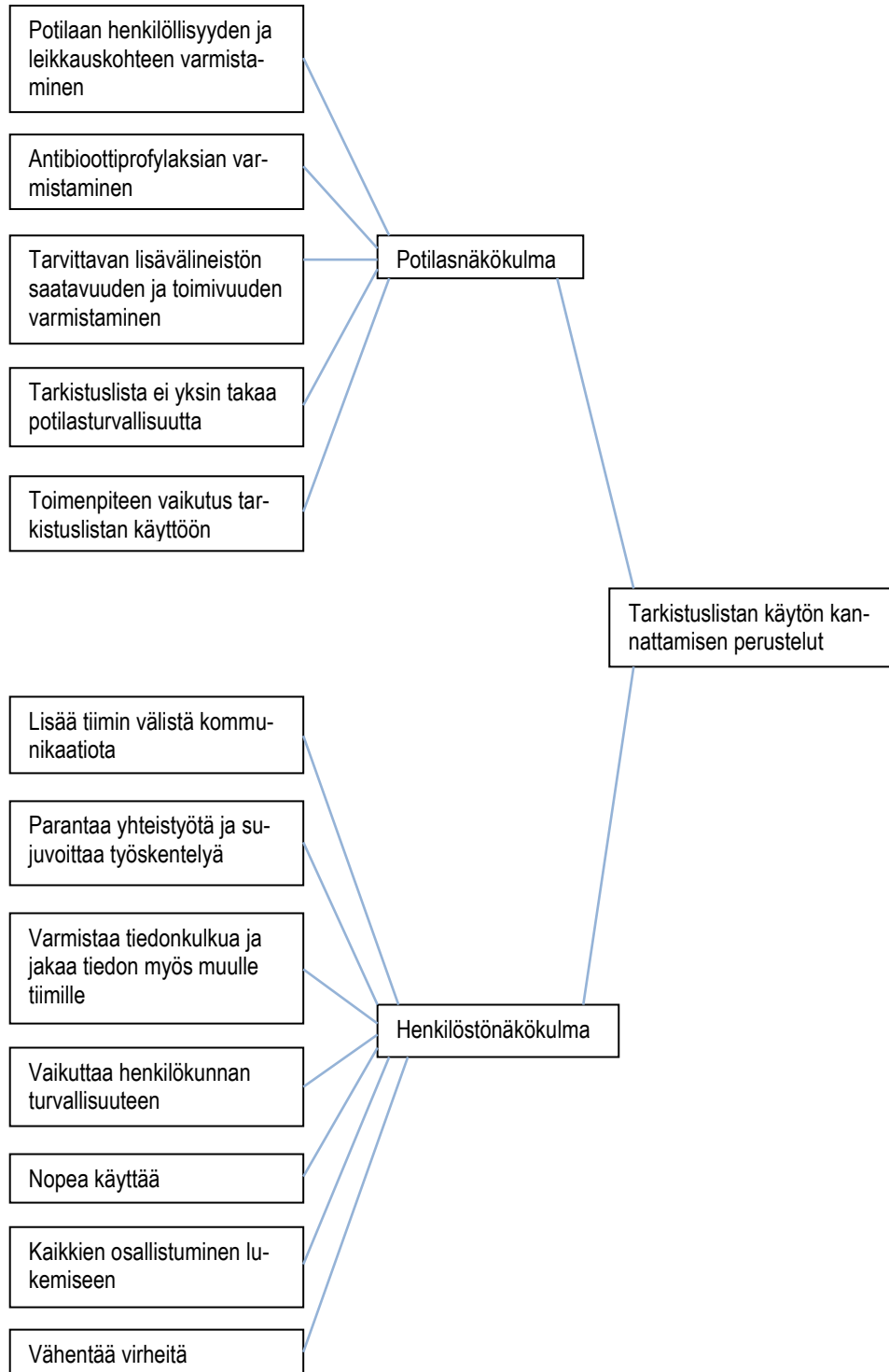
”Koska muutaman kerran on käynyt, että kun tarkistuslistaan ei ole luettu potilas ei ole saanut esim. antibiootti profylaksiaa yms.”

Toisen, Henkilöstönäkökulma-luokan vastaukset toivat esille tarkistuslistan merkityksellisyyttä henkilökunnan näkökulmasta. Vastaajat kokivat tarkistuslistan parantavan leikkaustiimin keskinäistä kommunikaatiota ja yhteistyötä sekä vaikuttavan työskentelyn sujuvuuteen positiivisesti. Tarkistuslistan käyttö koettiin hyödylliseksi, sillä työskentely ei koskaan voi olla liian huolellista. Hiljaisten raporttien yhteydessä tarkistuslistan koettiin varmistavan tiedonkulkua tiimin kesken. Tietoja läpikäydessä tulisi kohdat kuitata tarkemmin kuin pelkällä ”tiedossa”-kommentilla, jotta koko tiimi saisi enemmän informaatiota potilaan tilasta. Tämä mahdollistaisi yhtenäiset tiedot kaikkien käyttöön. Vastaajat kokivat tarkistuslistan käytön hyödylliseksi, jos kaikki salissa työskentelevät osallistuisivat sen läpikäymiseen ja lista käytäisiin läpi ajatuksella. Vastaajien mielestä tarkistuslistan lukemiseen ei kulu paljon aikaa, ja listalla voidaan vaikuttaa myös henkilökunnan turvallisuuteen. Sairaanhoidajat kokivat tarkistuslistan vähentävän virheitä ja tuovan aikaa korjata mahdolliset unohtuneet asiat tai ongelmat. Myös uusien työntekijöiden ja vierailijoiden koettiin hyötyvän tarkistuslistan käyttämisestä päästäkseen selville leikkaussalin asioista. Tarkistuslistan käytöllä koettiin myös olevan vaikutusta työntekijöiden ennakointikykyyn. Tarkistuslistan kannattavuutta arvioitiin myös sillä perusteella, että tarkistuslistan sisältämät asiat käsitellään myös ilman tarkistuslistaa, eikä listan läpikäyminen takaa asioiden selkeytymistä. Listan läpikäyminen koettiin toisinaan kovin äänekkääksi.

”Tarkistuslistan käyttö on tärkeä osa potilasturvallisuutta, muuta myös henkilökunnan ”turvallisuutta”!”

” - - parantaa tiimityöskentelyä, sujuvoittaa työtä”

”Useimmiten parantaa ja varmistaa tiedonkulkua henkilökunnan välillä. - -”



KUVIO 3. Tarkistuslistan käytön kannattamisen perustelut

5.2 Keskusleikkausosaston sairaanhoitajien kokemia ongelmia leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämisessä

Sairaanhoitajat toivat vastauksissaan ilmi tarkistuslistan läpikäymiseen liittyvän asioiden kuittamisen tapahtuvan yksittäisellä ”tiedossa”-sanalla. Asia koettiin ongelmalliseksi, sillä yhdellä henkilöllä tiedossa oleva asia ei välttämättä tarkoita, että tieto on koko leikkaustiimin tiedossa.

” - Tieto pitää kertoa koko tiimille. - - ”

Vastauksista tuli ilmi, etteivät kaikki leikkaustiimin jäsenet osallistu tarkistuslistan lukemiseen. Sairaanhoitajat toivoivatkin, että jokainen osallistuisi listan läpikäymiseen.

”Tämä tarkistuslista kuuluu kaikille. - - ”

Ongelmaksi koettiin myös se, ettei henkilökunnalle ole selvää, kenelle tarkistuslistan vaiheiden lukeminen kuuluu. Esimerkiksi anestesia- ja leikkaussairaanhoitajat olivat eri mieltä siitä, kenen tehtävä on lukea tarkistuslistan vaiheet.

”Listan läpikäyminen on mielestäni pääasiallisesti passarin tehtävä - - Toki tässä asiassa tulee joustaa - - ”

” - - kenen tehtävä missäkin vaiheessa on käydä lista läpi ”

Tuloksista kävi ilmi, että osa henkilökunnasta vastustaa tarkistuslistan käyttöä. Vastaajat kokivat muutosvastarinnan aliarvioivan tarkistuslistan käytöllä saatavia hyötyjä.

” - - muutosvastarintaa vielä - - ”

” - - vastustamista yleisiä käytäntöjä vastaan. ”

Tulosten mukaan vastaajat eivät kokeneet tarkistuslistan vastaavaan täysin tarkoitustaan eri erikoisaloilla. Tutkimustulosten perusteella vastaajat kaipasivat erikoisalakohkaisia, täsmällisempiä tarkistuslistoja käyttöönsä. Yleisen tarkistuslistan ei koettu ottavan huomioon leikkauskohtaisia oleellisia asioita tarpeeksi hyvin.

”erikoisaloin painottuva lista olisi spesifimpi”

”Salikohtaiset erikoisuudet otettava huomioon”

5.3 Keskusleikkausosaston sairaanhoitajien kehittämisideoita leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämiseen

Tutkimuksen toinen avoin kysymys antoi vastaajille mahdollisuuden tuoda esille muutosehdotuksia tarkistuslistaan. Luokittelimme saamamme vastaukset viiteen luokkaan: Tarkistuslistan lukemiseen liittyvät asiat, Henkilökunnan asenne, Lisättävät asiat, Poistettavat kohdat ja Tarkistuslistan fyysiset muutokset (kuvio 4).

Ensimmäiseen luokkaan saimme useita vastauksia, joissa toivottiin selkeää ohjetta siitä, kenelle tarkistuslistan lukeminen missäkin vaiheessa kuuluu. Myös kaikille kuuluvaa vastuuta tarkistuslistan läpikäymisestä nostettiin esille. Toisaalta vastauksissa ehdotettiin, että leikkaustiimistä nimettäisiin henkilöt, joilla olisi vastuu tarkistuslistan kolmen vaiheen läpikäymisestä, mutta itse listan lukemisen ei kuitenkaan tarvitsisi olla pelkästään näiden henkilöiden vastuulla. Sen sijaan merkityksellisemmäksi haluttaisiin nostaa muun tiimin rooli tarkistuslistan kohtien kuittaamisessa.

”Tulisi tehdä sääntö että kuka todella lukee tarkistuslistan. - -”

”- - lukija ei ole tärkein, vaan henkilö(t) jotka ääneen kuittaavat vastauksen - -”

Vastaajat toivoivat asioiden ”kuittaajien” jakavan tietojaan sen hetkisen potilaan tilaa paremmin kuvaavilla vastauksilla, ei pelkästään yksisanaisella ”tiedossa”-kommentilla, koska asiat eivät välttämättä ole kaikkien läsnäolijoiden tiedossa.

”- - koko tiimi antaa kaiken kysytyn tiedon - -”

Vastauksista kävi ilmi, että kaikkien leikkaustiimin jäsenten toivottaisiin osallistuvan tarkistuslistan läpikäymiseen ja vastaajat olivat sitä mieltä, että tarkistuslistan käyttöä tulisi lisätä perioperatiivisessa hoitotyössä.

”Koko tiimi keskittyy tarkistuslistaan - -”

”Käytön tehostaminen - -”

Tuloksista kävi ilmi, että leikkaavien lääkäreiden toivottaisiin olevan oma-aloitteellisempia tarkistuslistan läpikäymisessä. Myös anestesiahoitajien toivottiin useammin lukevan toista ja kolmatta tarkistuslistan vaihetta.

”- - kirurgien tulisi olla aktiivisempia”

”- - harva anestesiahoitaja vapaaehtoisesti - - kyselee kakkos ja kolmosvaihetta. - -”

Muutosehdotuksissa nostettiin esille henkilökunnan asenne tarkistuslistan käyttöä kohtaan. Vastaajat toivat esille tarkistuslistan käytön vastustamisen olevan eri ammattiryhmien keskuudessa tavanomaista. Muutosvastarinnan koettiin aliarvioivan tarkistuslistan käyttämiseen liittyviä hyötyjä.

”- - ajatella potilaan parasta eikä omaa etuaan.”

”Ihmisten pitäisi vain suhtautua siihen positiivisemmin”

Monet vastaajat kokivat tarkistuslistan toimivaksi sellaisenaan tai pienin muutoksin, mutta peräänkuuluttivat muutoksia henkilökunnan asennoitumisessa.

”Ei lisättävää, toimii hyvin tällaisenaan”

”Suurin muutos kuitenkin tulisi tapahtua ihmisten asennoitumisessa.”

Vastaajat toivat esille toiveitaan tarkistuslistaan lisättävistä kohdista. Neurokirurgisia leikkauksia varten tarkistuslistaan haluttaisiin lisättävän neurologisen statuksen tarkistuksen huomioiva kohta.

”- - tulisi testata neurologinen status - - se tulisi huomioida myös tarkistuslistassa.”

Tukielin- ja neurokirurgian leikkaussaleissa, mutta myös muissa saleissa, toivottiin tarkistuslistaan kohtaa säteilyltä suojautumiseen liittyen.

”- - huomautus potilaan ja henkilökunnan sädesuojauksesta”

Vastauksissa nousi esille toive erikoisaloittain laadituista tarkistuslistoista, jotka tarkemmin huomioisivat kunkin erikoisalan merkittävimmät asiat. Spesifisemmän listan koettiin vastaavan paremmin tarkoitustaan.

”Jokaisella erikoisalalla voisi olla hieman erilainen tarkistuslista.- -”

”- - vastaisi vieläkin paremmin käyttötarkoitustaan.”

Vastaajat toivat myös ilmi potilaan ihon kunnon huomioimisen tarkistuslistassa. Hätäleikkauksia ja tuntemattoman potilaan toimenpidettä varten tarkistuslistaan ehdotettiin lisättävän kohta, josta käy ilmi, ettei esitietoja ole saatavilla ja näin ollen joidenkin kohtien läpikäymisen voisi tiedonpuutteesta johtuen ohittaa.

”- - kohta jossa ilmenee, että esitietoja ei ole saatavilla.”

Selkeimmin poistettavaksi kohdaksi esitettiin leikkaustiimissä toimivien nimien ja tehtävien läpikäymistä. Lisäksi vastaajat toivat esille kohtien turhan monisanaisen muodon ja he toivoivatkin lyhyitä, tiivistettyjä kohtia ja selkeyttä tarkistuslistaan. Tarkistuslista koettiin myös liian pitkäksi, jotta se soveltuisi jatkuvaan käyttöön. Vastauksissa tuotiin esille uuden tietojärjestelmän ja tarkistuslistan yhteensovittaminen, jotta päällekkäisyyksiä ei esiintyisi.

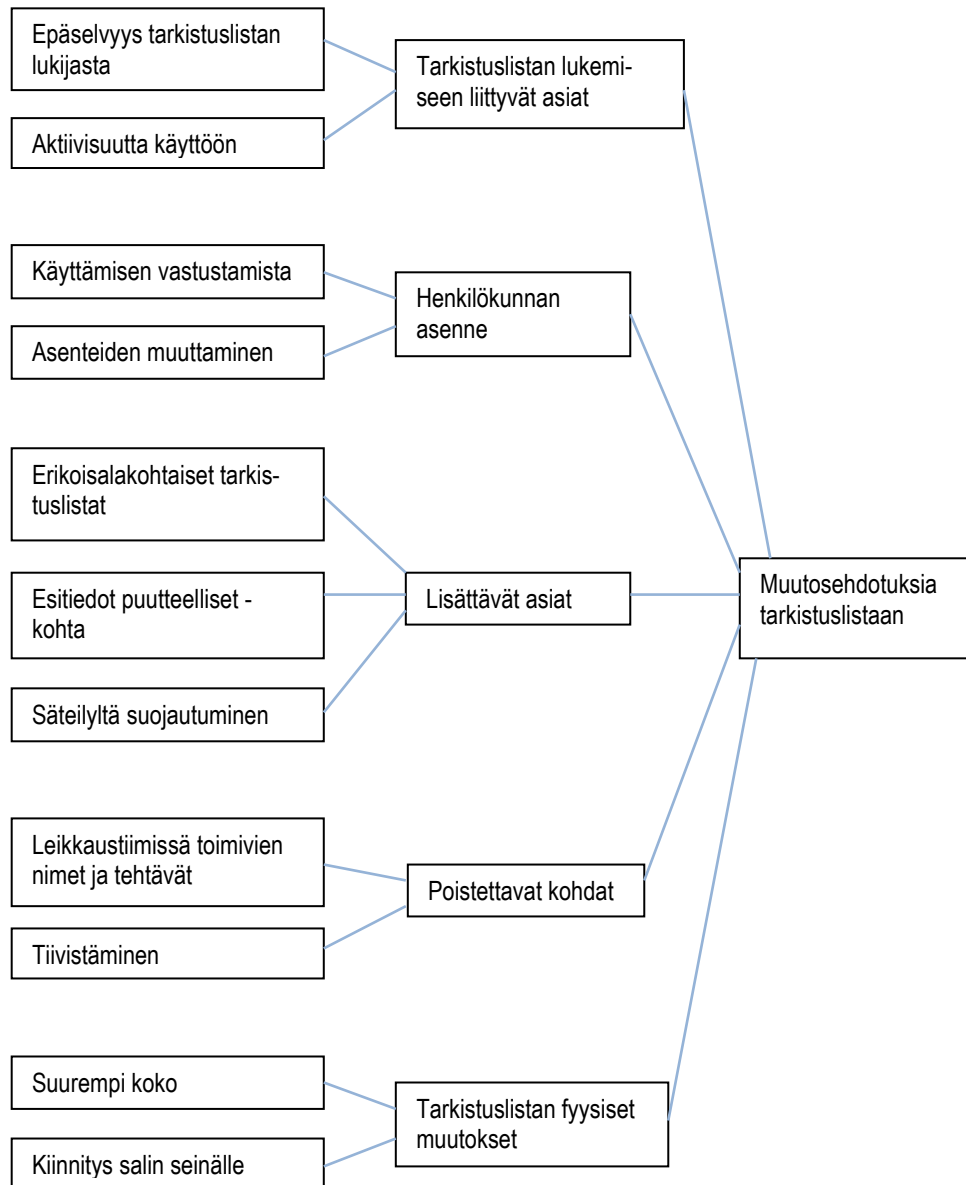
”- - voisi jättää leikkaustiimin ja tehtävät pois - -”

”- - asioita voisi niputtaa - -”

”- - liian pitkä jatkuvasti luettavaksi.”

Tarkistuslistan läpikäymistä helpottamaan vastaajat toivat esille mahdollisuuden tehdä tarkistuslistoista suurempia, jotta ne voitaisiin kiinnittää salin seinälle. Tämän seurauksena listaa ei tarvitsisi ottaa käteen sitä läpikäydäkseen.

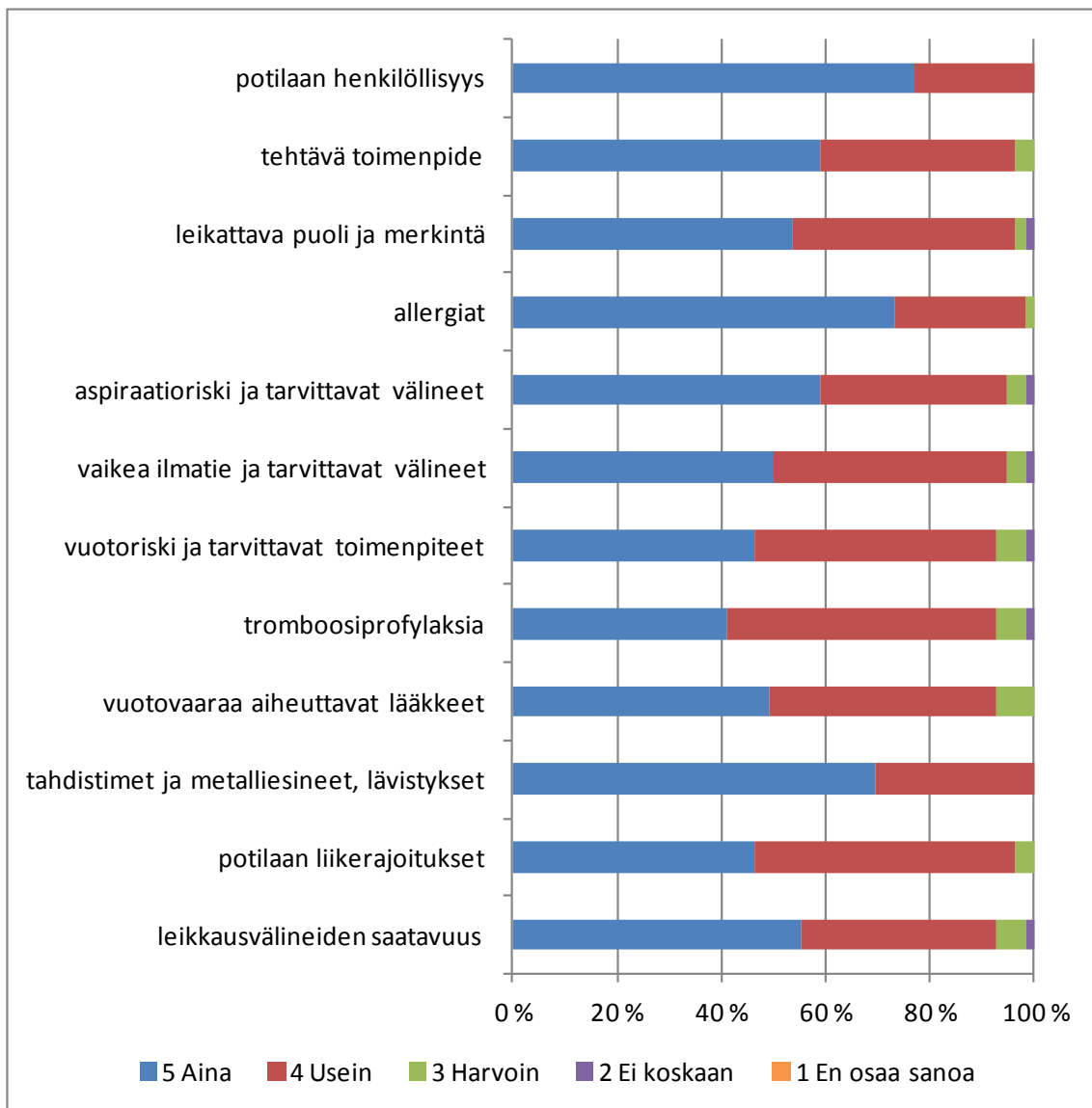
”Tarkistuslista voisivat olla suurempia ja kiinnitettynä salin seinälle - -”



KUVIO 4. Muutosehdotuksia tarkistuslistaan

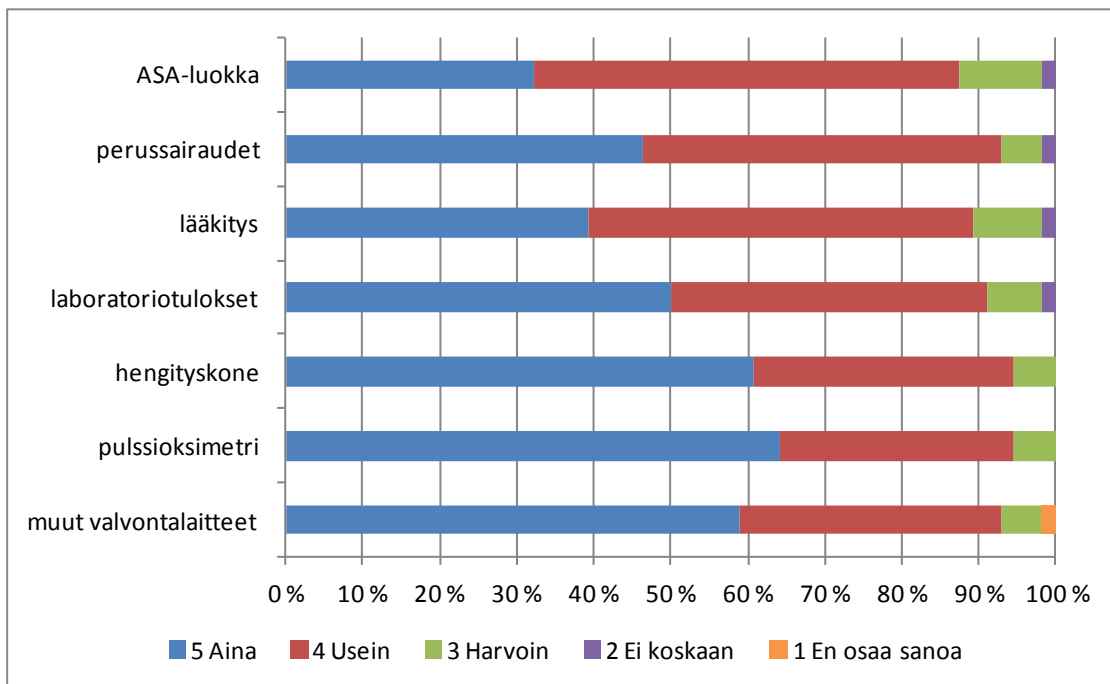
5.4 Leikkaustiimin tarkistuslistan hyödyntäminen perioperatiivisessa hoitotyössä keskusleikkausosastolla

Tulosten perusteella ennen anestesian aloitusta varmistettavat asiat toteutuivat hyvin. Parhaiten toteutuivat potilaan henkilöllisyyden (76,8 %), allergioiden (73,2 %) sekä tahdistimien, metalliesineiden ja lävistysten (69,6 %) varmistaminen (kuvio 5). Anestesia- ja leikkaussairaanhoitajien vastausten välillä oli huomattavia eroja nähtävissä siinä, kuinka hyvin asiat varmistetaan ennen anestesian aloitusta. Potilaan henkilöllisyys (anestesiahoitajat 85,2 %, leikkaussairaanhoitajat 69,0 %), allergiat (anestesiahoitajat 88,9 %, leikkaussairaanhoitajat 58,6 %) ja aspiraatoriski (anestesiahoitajat 88,9 %, leikkaussairaanhoitajat 31,0 %) varmistettiin anestesiahoitajien toimesta paremmin. Tromboosiprofylaksian (41,1 %) sekä vuotoriskin ja tarvittavien toimenpiteiden (46,4 %) varmistaminen toteutuivat heikoiten. Vuotoriski (anestesiahoitajat 63,0 %, leikkaussairaanhoitajat 31,0 %) ja tromboosiprofylaksia (anestesiahoitajat 55,6 %, leikkaussairaanhoitajat 27,6 %) varmistettiin anestesiapuolella paremmin.



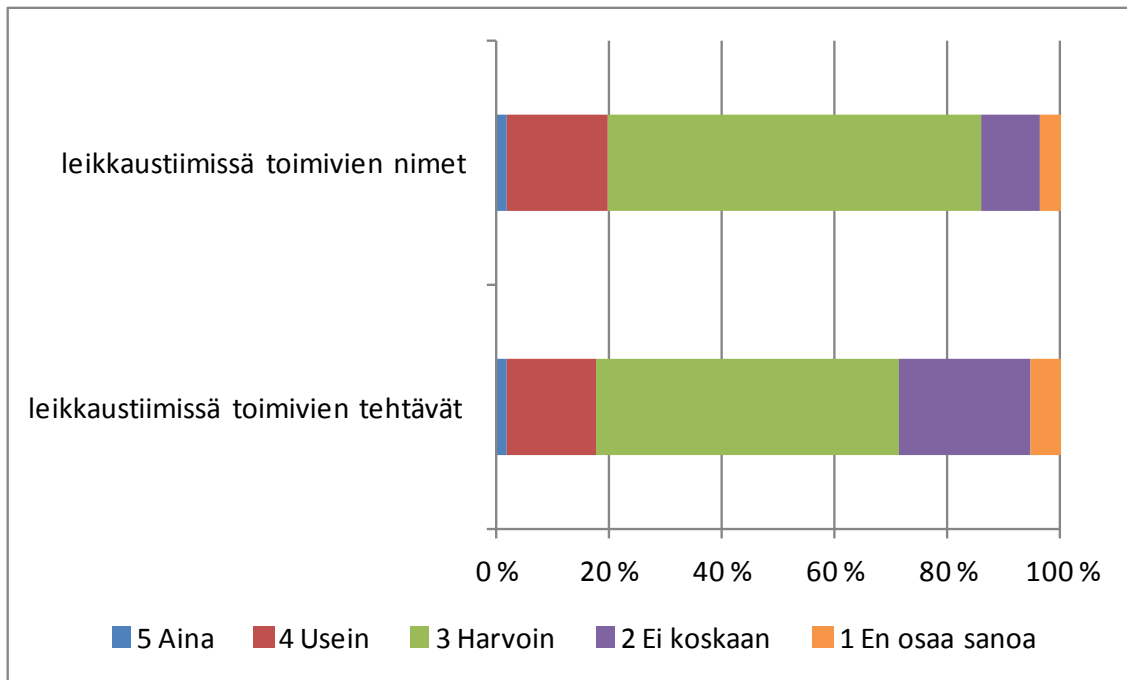
KUVIO 5. Ennen anestesian aloitusta varmistettavat asiat

Ennen anestesian aloitusta anestesiavalmius vahvistettiin vastausten perusteella parhaiten puls-sioksimetrin (64,3 %) ja hengityskoneen (60,7 %) osalta. Sen sijaan potilaaseen liittyvät kohdat, kuten ASA-luokka (32,1 %), perussairaudet (46,4 %) ja lääkitys (39,3 %) vahvistettiin heikoiten (kuvio 6).



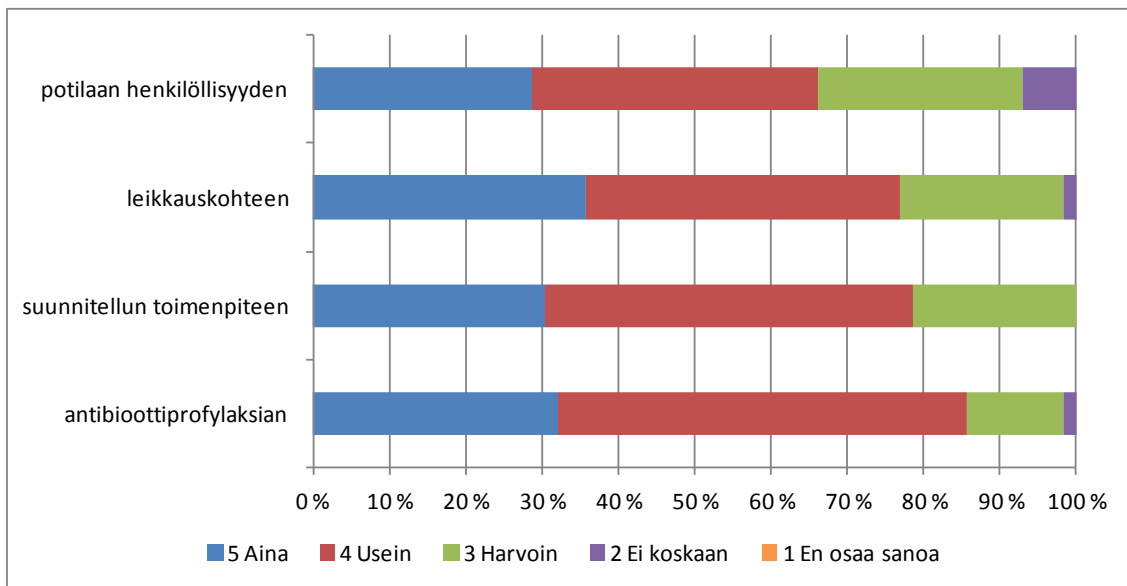
KUVIO 6. Anestesiavalmiuden vahvistaminen

Tulosten perusteella leikkaustiimissä toimivien nimet (66,1 %) ja tehtävät (53,6 %) varmistetaan ennen toimenpiteen aloittamista harvoin. Vajaa viidesosa (17,9 %) ilmoitti, ettei nimiä varmisteta koskaan ja reilu viidesosa (23,2 %) ilmoitti, ettei tehtäviä varmisteta koskaan (kuvio 7). Anestesia- ja leikkaussairaanhoitajista reilusti yli puolet (anestesiahoitajat 63,0 %, leikkaussairaanhoitajat 69,0 %) oli sitä mieltä, että leikkaustiimissä toimivien nimet varmistetaan harvoin ennen toimenpiteen aloittamista. Lähes kolmasosa anestesiahoitajista (29,6 %) ja viidesosa leikkaussairaanhoitajista (17,2 %) oli sitä mieltä, että leikkaustiimissä toimivien tehtäviä ei varmisteta koskaan. Vajaa puolet pehmytkudoskirurgian toimialueen vastaajista (43,3 %) ja yli puolet tu-kielin- ja neurokirurgian toimialueelta (65,4 %) ilmoitti tehtävät varmistettavan harvoin.



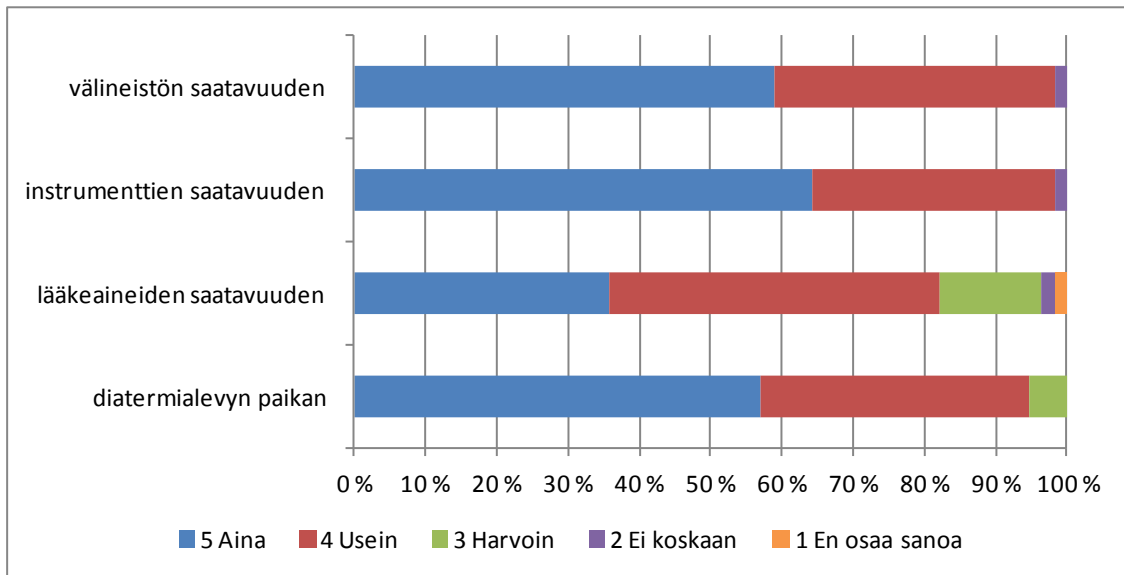
KUVIO 7. Leikkaustiimin jäsenten nimien ja tehtävien varmistaminen

Leikkaavan lääkärin ja muun tiimin varmistettavista asioista parhaiten toteutui antibioottiprofylaksia varmistaminen. Antibioottiprofylaksi varmistetaan aina vajaan kolmasosan (32,1 %) mielestä ja usein yli puolen (53,6 %) mielestä. Heikoiten toteutui potilaan henkilöllisyyden varmistaminen, jonka alle kolmasosa ilmoitti toteutuvan aina (28,6 %) (kuvio 8). Potilaan henkilöllisyyden varmistamisessa ei ollut nähtävillä suurta eroa anestesiasairaanhoitajien (29,6 %) ja leikkaussairaanhoitajien (27,6 %) vastauksissa. Sen sijaan potilaan henkilöllisyyden ilmoitti varmistavan viidesosa (20,0 %) pehmytkudoskirurgian ja lähes kaksinkertainen määrä (38,5 %) tukielin- ja neurokirurgian toimialueelta. Yli puolet vastaajista ilmoitti leikkaavan lääkärin arvioivan ja kertovan muulle tiimille harvoin leikkauksen kriittiset vaiheet (51,8 %), poikkeavat suunnitelmat (51,8 %), toimenpiteen keston (55,4 %) ja leikkausvuodon (55,4 %).



KUVIO 8. Leikkaavan lääkärin ja muun tiimin varmistettavat asiat

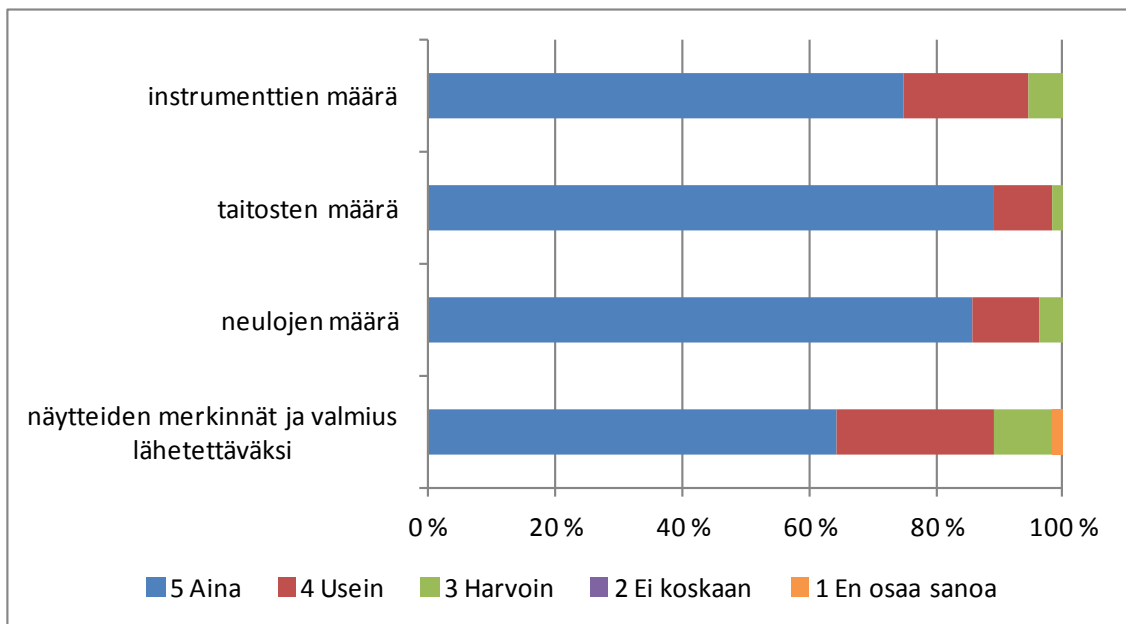
Kaikista vastaajista vain kolmasosa (30,4 %) oli sitä mieltä, että anestesiatiimi huomioi erityistilanteet aina. Anestesia- ja leikkaussairaanhoitajista lähes puolet (44,5 %) oli sitä mieltä, että anestesiatiimi ottaa erityistilanteet huomioon aina. Leikkaussairaanhoitajista alle viides osa (17,2 %) oli asiasta samaa mieltä. Leikkaushoitajien varmistettavista asioista parhaiten toteutui instrumenttien saatavuuden varmistaminen (64,3 %) (kuvio 9). Anestesia- ja leikkaussairaanhoitajien mielestä leikkaushoitajat varmistavat parhaiten instrumenttien saatavuuden (anestesia- ja leikkaussairaanhoitajat 59,3 %, leikkaussairaanhoitajat 69,0 %) ja diatermialevyn paikan (anestesia- ja leikkaussairaanhoitajat 48,2 %, leikkaussairaanhoitajat 65,5 %). Yli puolet tukielin- ja neurokirurgian toimialueen vastaajista (76,9 %) ilmoitti, että välineistön saatavuus varmistetaan aina, kun taas alle puolet pehmytkudoskirurgian toimialueen vastaajista (43,3 %) ilmoitti välineistön saatavuuden varmistettavan aina. Lääkkeiden saatavuuden varmistaminen toteutui reilun kolmanneksen mielestä aina (35,7 %).



KUVIO 9. Leikkaussairaanhoitajien varmistettavat asiat

Neljäsosa vastaajista (26,8 %) ilmoitti, että radiologisten kuvien saatavuus varmistetaan aina. Anestesia- ja leikkaussairaanhoitajista viides osa (22,2 %) ja leikkaussairaanhoitajista kolmasosa (31,0 %) oli sitä mieltä, että radiologisten kuvien saatavuus varmistetaan aina. Tukielin- ja neurokirurgian toimialueella (42,3 %) kuvien varmistaminen toteutui vastaajien mukaan paremmin kuin pehmytkudoskirurgian toimialueella (13,3 %).

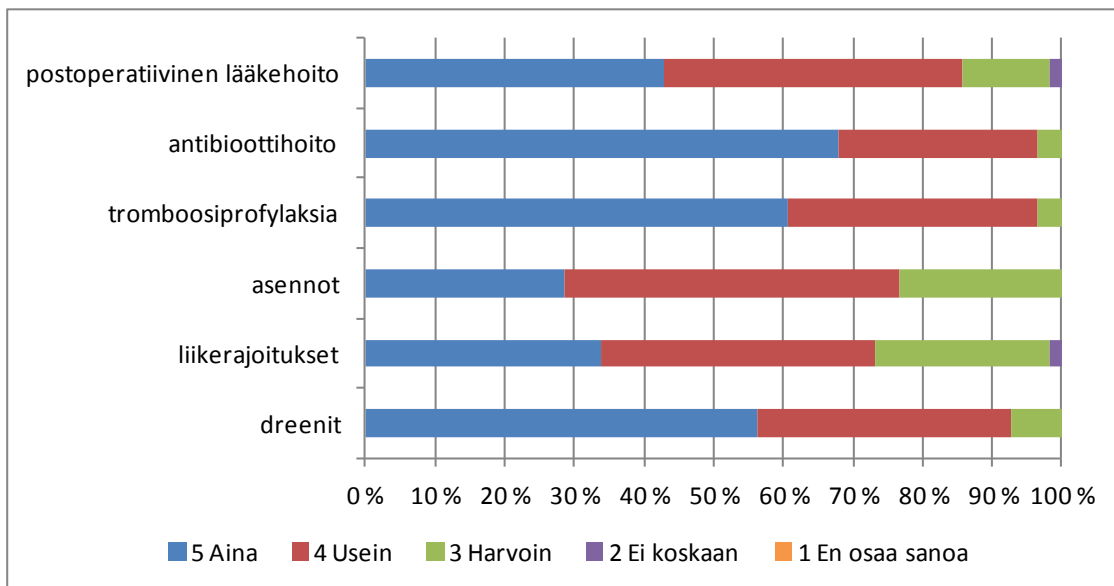
Ennen leikkaussalista poistumista tehtävät tarkistuslaskennat toteutuivat hyvin. Lähes kaikki vastaajista ilmoitti taitosten (89,3 %) ja neulojen määrän (85,7 %) tarkistamisen toteutuvan aina (kuvio 10). Taitosten tarkistuslaskenta toteutui leikkaussairaanhoitajien (93,1 %) mielestä paremmin kuin anestesia- ja leikkaussairaanhoitajien mielestä (85,2 %). Lisäksi tukielin- ja neurokirurgian toimialueella (96,2 %) taitosten määrän tarkistaminen toteutui pehmytkudoskirurgian toimialuetta (83,9 %) paremmin.



KUVIO 10. Ennen leikkaussalista poistumista tarkistettavat asiat

Leikkaavan lääkärin varmistettavista asioista parhaiten toteutui toimenpiteen varmistaminen (35,7 %). Heikoiten toteutui tarvittavien koodien tarkistaminen, jonka vain alle viidesosa (19,6 %) ilmoitti toteutuvan aina. Sekä pehmytkudoskirurgian (23,3 %) että tukielin- ja neurokirurgian toimialueella (50,0 %) toimenpide varmistetaan parhaiten.

Jatkohoito-ohjeista läpikäydään parhaiten antibioottihoito (67,9 %) ja tromboosiprofylaksia (60,7 %). Vähiten huomiota vastausten perusteella kiinnitetään liikerajoituksiin (33,9 %) ja asentoihin (28,6 %) (kuvio 11). Antibioottihoito (anestesia sairaanhoitajat 74,1 %, leikkaussairaanhoitajat 62,1 %) ja tromboosiprofylaksia (anestesia sairaanhoitajat 63,0 %, leikkaussairaanhoitajat 58,6 %) varmistetaan anestesia sairaanhoitajien toimesta paremmin. Pehmytkudoskirurgian toimialueella työskentelevien vastaajien perusteella jatkohoito-ohjeista antibioottihoito läpikäydään parhaiten (60,0 %). Vastaavasti tukielin- ja neurokirurgian toimialueella sekä antibioottihoito että dreenit läpikäydään parhaiten (76,9 %).



KUVIO 11. Jatkohoito-ohjeiden läpikäyminen

Suurin osa (77,8 %) anestesiahoitajista ilmoitti tarkistuslistan lukijaksi valvovan leikkaussairaanhoitajan ennen anestesian aloitusta. Myös leikkaussairaanhoitajista suurin osa (82,8 %) ilmoitti valvovan hoitajan lukevan tarkistuslistaa ennen anestesian aloitusta. Heidän mielestään tarkistuslistan lukeminen kuuluu valvovalle hoitajalle (62,1 %) tai anestesiahoitajalle (31,0 %). Myös anestesiahoitajista oli ehdotettu (6,9 %). Suurin osa anestesiahoitajista (77,8 %) oli sitä mieltä, että tarkistuslistan lukeminen kuuluu valvovalle leikkaussairaanhoitajalle ennen anestesian aloitusta. Anestesiahoitajista kuitenkin osa (14,8 %) oli sitä mieltä, että tarkistuslistan lukeminen kuuluu tässä vaiheessa anestesiahoitajalle.

Lähes puolet anestesiahoitajista (40,7 %) koki, että he lukevat tarkistuslistan ennen toimenpiteen aloitusta. Myös valvova hoitaja oli useiden mielestä listan lukija (55,6 %). Leikkaussairaanhoitajista suurin osa (86,2 %) ilmoitti valvovan hoitajan lukevan tarkistuslistan tässä vaiheessa. Anestesiahoitajien mielestä listan lukeminen kuuluu valvovalle hoitajalle (51,9 %), heille itselleen (33,3 %) tai leikkaavalle lääkärille (14,8 %). Leikkaussairaanhoitajista suurin osa (62,1 %) ehdotti anestesiahoitajaa, kolmasosa (31,0 %) valvovaa hoitajaa ja loput anestesiahoitajista (3,5 %) ja leikkaavaa lääkärää (3,5 %) tarkistuslistan lukijaksi.

Anestesiahoitajista suurin osa (85,2 %) ilmoitti valvovan hoitajan lukevan tarkistuslistan ennen leikkaussalista poistumista. Loput anestesiahoitajista oli sitä mieltä, että tarkistuslistan lukee anestesiahoitaja (7,4 %) tai leikkauspuolen instrumentoituva hoitaja (7,4 %). Myös leik-

kaussairaanhoitajista suurin osa (82,8 %) ilmoitti valvovan hoitajan lukevan tarkistuslistan tässä vaiheessa. Osa (10,3 %) ilmoitti anestesiasairaanhoitajan lukevan tarkistuslistan. Anestesiasairaanhoitajien mielestä tarkistuslistan lukeminen kuuluu valvovalle hoitajalle (88,9 %), anestesia-sairaanhoitajalle (7,4 %) tai instrumentoivalle hoitajalle (3,7 %). Leikkaussairaanhoitajista suurin osa ehdotti valvovaa hoitajaa (55,2 %), mutta hieman alle puolet (44,8 %) ehdotti tarkistuslistan lukijaksi anestesiasairaanhoitajaa.

6 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa käymme läpi tutkimuksemme tuloksia tutkimusongelmien mukaan ja tuomme esille aiempien tutkimusten tuloksia. Tutkimusongelmat käsittelivät keskusleikkausosaston sairaanhoitajien kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämisestä, käyttöön liittyviä ongelmia, sairaanhoitajien kehittämisideoita tarkistuslistan käyttämiseen sekä leikkaustiimin tarkistuslistan hyödyntämistä keskusleikkausosastolla. Lisäksi tarkastelemme tarkistuslistan lukijaan liittyviä vastauksia.

6.1 Keskusleikkausosaston sairaanhoitajien kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämisestä

Tutkimuksen tuloksista tuli ilmi, että suurin osa vastaajista oli saanut koulutusta tarkistuslistan käyttöön. Tarkistuslistan hyödyntämistä osana perioperatiivista hoitotyötä ei koettu liian työlääksi tai hitaaksi. Vastaajien kokemus on samansuuntainen Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2013) laatiman kirjoituksen kanssa. Sen mukaan tarkistuslistan läpikäymiseen kokonaisuudessaan kuluu aikaa keskimäärin kolme minuuttia. (Leikkaustiimin tarkistuslista 2013, hakupäivä 31.1.2013). Trauma- ja ortopedisiä potilaita käsittelevässä tutkimuksessa kysyttiin hoitajien ja lääkäreiden mielipidettä tarkistuslistan aiheuttamasta tarpeettomasta ajallisesta viiveestä toimenpiteelle. Ennen tarkistuslistan esittelyä ja käyttöönottoa yli puolet (55,0 %) koki tarkistuslistan käytön aiheuttavan tarpeetonta viivettä. Kun tarkistuslista oli otettu käyttöön, enää viidesosa (20,0 %) koki käytöstä aiheutuvan tarpeetonta ajallista viivettä. (Sewell ym. 2011, 897–890).

Tarkistuslistan käytön koettiin parantavan yhteistyötä anestesia- ja leikkaustiimin välillä ja sen käyttö korostui hiljaisella raportilla. Tiimityön sujuminen perioperatiivisessa hoitotyössä näkyy leikkaussaliajan tehokkaana hyödyntämisenä, nopeina potilasvaihtoina sekä turvallisena ja hyvänä hoitona. Toimiva työnjako ja toiminnan kehittäminen ovat sujuvan tiimityön edellytyksiä. (Lukkari ym. 2010, 29.) International Orthopaedics –lehdessä julkaistun tutkimuksen mukaan suurin osa leikkaussalihenkilökunnasta (77,0 %) koki tiimin keskinäisen kommunikaation ja yhteistyön paranevan tarkistuslistan esittelyn ja sen käytön myötä. (Sewell ym. 2011, 897–890). Leikkaussalin kommunikaatiota tutkineen tutkimuksen mukaan leikkaussalissa nimenomaan tehoton tiimin kommunikaatio ajaa lääketieteellisiin virheisiin (Lingard ym. 2004, 330–334).

Tuloksista ilmeni, että tarkistuslistan käyttö ei toteudu läheskään jokaisessa toimenpiteessä. Leikkaustiimin jäsenet ovat potilasvakuutuskeskuksen mukaan velvoitettuja käyttämään tarkistuslistaa osana perioperatiivista hoitotyötä (Potilasvakuutuskeskus edellyttää leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöä 2012, hakupäivä 27.2.2013). Ennen tarkistuslistan käyttöönottoa kiireellisissä toimenpiteissä sen käytön hyödyllisyyttä ja käytännöllisyyttä epäiltiin. Tarkistuslistan hyödyntämisen hätätilanteissa on todettu vähentävän komplikaatioita ja kuolleisuutta yli kolmanneksella. (Weiser, Haynes, Dziekan, Berry, Lipsitz & Gawande 2010, 976–980.) Tarkistuslistan käyttämisessä vaaditaan hyvää tilannetajua, jotta tarvittaessa huomio kiinnitetään oleellisempaan asiaan eli potilaan hengen pelastamiseen (Pesonen 2011, 18–20).

Keskusleikkausosaston sairaanhoitajat ovat tulosten perusteella ymmärtäneet tarkistuslistan merkityksen osana potilasturvallisuustyötä perioperatiivisessa hoitotyössä. Tulokset ovat aiempien tutkimustulosten kanssa samansuuntaisia sairaanhoitajien käyttökokemusten osalta. Tuloksista voidaan päätellä, ettei tarkistuslistan läpikäyminen leikkauksen yhteydessä vie kohtuuttoman kauan aikaa eikä se näin ollen aiheuta toimenpiteelle tarpeettoman suurta ajallista viivästymistä.

6.2 Keskusleikkausosaston sairaanhoitajien kokemia ongelmia leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämisessä

Vastauksista tuli esille, että tarkistuslistan läpikäytävät asiat kuitataan yksittäisellä ”tiedossa” - sanalla. Asia koettiin ongelmalliseksi, sillä yhdellä henkilöllä tiedossa oleva asia ei välttämättä ole koko leikkaustiimin tiedossa. WHO:n laatiman tarkistuslistan käyttöperiaatteissa kuittaaminen on ohjeistettu pysymään lyhyenä ja vakiomuotoisena. Esimerkiksi potilaan allergioita kysyttäessä pelkän ”tiedossa” kommentin asemesta tulisi allergiat kuitenkin luetella. Oletusta yli 500ml:n verenvuodosta on valmiit vastausvaihtoehdot ”ei ole” ja ”yli 500ml, huomioitu”, jotka tuovat muulle tiimille tarkempaa tietoa. (Leikkaustiimin tarkistuslista 2009.)

Vastauksista tuli ilmi, etteivät kaikki leikkaustiimin jäsenet osallistu tarkistuslistan lukemiseen. Sairaanhoitajat toivoivatkin, että jokainen osallistuisi listan läpikäymiseen. Tuloksista kävi ilmi, että osa henkilökunnasta vastustaa tarkistuslistan käyttöä. Vastaajat kokivat muutosvastarinnan aliarvioivan tarkistuslistan käytöllä saatavia hyötyjä. Artikkelissaan Pesonen (2011, 18–20) pohtii, onko suomalainen leikkaussalihenkilöstö valmis muuttamaan asenteitaan tarkistuslistan käyttöä kohtaan, koska näyttöä tarkistuslistan hyödyistä on saatavilla rajoitetusti. Leikkaustiimin tarkistuslistan on kuitenkin tutkitusti todettu vähentävän leikkaukseen liittyvää kuolleisuutta ja muita

komplikaatioita. Lisäksi sen ei ole tutkittaessa koettu aiheuttavan tarpeetonta ajallista viivästyä toimintaan. (Sewell ym. 2011, 897–890). Tarkistuslistan käyttöön ottamisen on tutkittu kohdanneen merkittävää vastustusta ja epäilyä. Tästä huolimatta tarkistuslista osoittautui äärimmäisen tärkeäksi työkaluksi kliiniseen työhön varmistamaan turvallisuutta. Ilmailussa tarkistuslistojen lähes maailmanlaajuinen hyväksyminen ja arvostaminen ovat vaatineet 70 vuotta. (Weiser ym. 2010, 365–370.)

WHO:n laatimaa tarkistuslistaa on ohjeistettu muokkaamaan yksiköiden tarpeisiin sopivaksi ja erikoisalakohtaista muokkaamista suositellaan myös. Lisäksi WHO on huomauttanut, että tarkistuslistasta ei tulisi muokata liian monimutkaista työvälinettä. (Leikkaustiimin tarkistuslista 2009; Helovuori ym. 2011, 211.) Tutkimustulosten perusteella vastaajat kaipasivatkin erikoisalakohtaisia, täsmällisempiä tarkistuslistoja käyttöönsä. Yleisen tarkistuslistan ei koettu huomioivan leikkauskohtaisia oleellisia asioita tarpeeksi hyvin.

Vastaajat toivat esille WHO:n listassa selkeästi määritellyn kuitaamisen toteutuvan turhan yksisanaisesti. Tästä asiasta on syytä keskustella keskusleikkausosastolla, jotta tarkistuslistan lukemiseen osallistuvat henkilöt pystyisivät muuttamaan toimintaansa muuta tiimiä paremmin palvelevaksi ja näin ollen potilasturvallisuutta parantavaksi. Keskusleikkausosaston johdon tulee puuttua tarkistuslistan käyttöä koskevaan vastustamiseen ja johdon on käsiteltävä asiaa henkilökunnan kanssa. Tarkistuslistan käyttöä vastustaville on tärkeää esittää tutkimusten avulla saatuja tuloksia potilasturvallisuuden parantumisesta ja kustannustehokkuudesta sekä kuunnella heidän mielipiteitään, jotta he mahdollisesti muuttaisivat suhtautumistaan tarkistuslistan käyttöä kohtaan myönteisemmäksi. On myös muistettava tosiasia, että uuden asian hyväksyminen osaksi jokapäiväistä toimintaa vie oman aikansa. Tarkistuslistaa on käytetty keskusleikkausosastolla vajaa kolme vuotta. Tässä ajassa tarkistuslistaa käyttäville henkilöille on ehtinyt muodostua mielipiteitä tarkistuslistan toimivuudesta ja kehitysideoista. Työryhmä, joka alun perin muokkasi WHO:n tarkistuslistaa, voi näiden kokemusten perusteella uudelleen muokata tarkistuslistaa toimivammaksi.

6.3 Keskusleikkausosaston sairaanhoitajien kehittämisideoita leikkaustiimin tarkistuslistan käyttämiseen

Tulosten perusteella vastaajat kaipasivat ohjetta, kenelle tarkistuslistan lukeminen kuuluu. Keskusleikkausosaston tarkistuslistaan ei WHO:n listan tavoin ole kirjattu, kuka yksittäiset kohdat kuittaa. Lisäksi WHO:n listassa on määritelty valvovan hoitajan ohjaavan tarkistuslistan läpikäy-

mistä lukemalla tarkistuslistan kohdat ensimmäisessä vaiheessa anestesia­lääkärin tai –hoitajan, toisessa vaiheessa leikkaavan lää­kärin ja viimeisessä vaiheessa anestesia­lääkärin tai –hoitajan pyynnöstä. (Leikkaustiimin tarkistuslista 2009.)

Vastaajien mielestä tarkistuslistan käyttöä perioperatiivisessa hoitotyössä pitäisi tehostaa. Tätä tukee hyvin sairaanhoitajien esille tuoma kanta tarkistuslistan merkityksestä potilasturvallisuutta edistävänä ja yhteistyötä parantavana tekijänä. Käytön lisäämistä tukee myös tutkimustieto tarkis­tuslistan kustannusvaikutuksista, kun komplikaatiota ehkäistään ennalta. Mitä enemmän kompli­kaatioita pystytään vähentämään, sitä parempi taloudellinen hyöty tarkistuslistasta on. Jo 3,53 % vähenemä komplikaatioissa tuo säästöjä. (Semel ym. 2010, 1593–1599; Helovuori ym. 2011, 208–209.)

WHO:n tarkistuslistan kaikkien kohtien taustalta löytyy kokemukseen tai näyttöön perustuvaa tie­toa, jonka mukaan kohdan läpikäyminen vähentää haittojen esiintymistä perioperatiivisessa hoito­työssä (Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön 2012, hakupäivä 26.1.2013). Näin ollen sairaanhoitajien lisättäväksi ehdottamia asioita tulee arvioida suhteessa niiden tarkistamatta jät­ämisen aiheuttamiin haittoihin. Poistettavaksi tarkistuslistasta sairaanhoitajat esittivät leikkaustiimissä toimivien nimien ja tehtävien läpikäymistä. WHO ohjeistaa listassaan (2009), että leikkaustiimin jäsenten ja tehtävien ollessa samat päivän ajan, niitä ei tarvitse ensimmäisen ker­ran jälkeen käydä uudelleen läpi (Leikkaustiimin tarkistuslista 2009). Tämä tarkoittaa kuitenkin, että yhdenkin tiimin jäsenen vaihtuessa kohdat on varmistettava uudelleen.

Teknologian kehittyminen ja sen lisääntynyt käyttö muuttavat hoitotyötä ja osaltaan muovaavat käytännön hoitotyön toteuttamista. Perioperatiivisen sairaanhoitajan pätevyys­teen kuuluu tarvitta­vien teknologisten laitteiden käytön hallitseminen. (Lukkari ym. 2010, 28.) Vastaajat toivat esille uuden tietojärjestelmän käyttöönoton ja siihen liittyvän päällekkäisyyksien mahdollisuuden tarkis­tuslistan kanssa. Tietojärjestelmää käyttöönotettaessa tulee kiinnittää huomiota samoja asioita varmistaviin kohtiin ja pyrkiä välttämään asioiden toistamista.

Vastaajat toivat esille tarkistuslistan suurentamisen ja kiinnittämisen leikkaussalin seinälle, jolloin tarkistuslistaa ei tarvitsisi ottaa käteen sitä lukeakseen. Tämä voisi teoriassa onnistua keskusleik­kausosastolla, koska heidän tarkistuslistaan ei WHO:n laatiman tarkistuslistan tavoin kirjallisesti kuitata kohtien toteutumista (Leikkaustiimin tarkistuslista 2009). Leikkaussalien seinien materiaalit tulee olla helposti puhdistettavia (Lukkari ym. 2010, 71). Tämän vuoksi seinään kiinnitettävän tar-

kistuslistan tulee myös kestää puhdistusta. Käytännössä tarkistuslistan sijoittaminen leikkaussalin seinälle voi olla ongelmallisempaa, sillä paljasta seinäpintaa on rajoitetusti ja sijoittamisessa tulisi huomiota tarkistuslistan hyvä sijainti sen käyttöä varten.

6.4 Leikkaustiimin tarkistuslistan hyödyntäminen perioperatiivisessa hoitotyössä keskusleikkausosastolla

Tarkistuslistan hyödyntämistä koskevissa kysymyksissä oli nähtävissä eroavuuksia anestesia- ja leikkauspuolen sekä tukielin- ja neurokirurgian toimialueen ja pehmytkudoskirurgian toimialueen välillä. Ennen toimenpiteen aloitusta tapahtuvat anestesiavalmiuden varmistamiset kuuluvat suu- relta osin anestesiapuolen tehtäviin. Tämä yhdessä yksisanaisen asioiden kuittaamisen kanssa ei välttämättä anna leikkauspuolen sairaanhoitajalle täysin paikkansapitävää kuvaa asioiden varmistamisesta. Toisaalta lähinnä leikkauspuolta koskevien asioiden varmistaminen toteutui paremmin leikkaussairaanhoitajien mielestä. Joko vastaajat arvioivat toimintaansa korostuneen hyvin toteutuvaksi tai toisen puolen sairaanhoitajille ei muodostu yhteneväistä käsitystä asioiden varmistamisesta. Esimerkiksi anestesia- (44,5 %) ja leikkaussairaanhoitajien (17,2 %) arviot anestesiatiimin erityistilanteiden huomioimisesta olivat selkeästi toisistaan poikkeavat. Täsmällisellä tarkistuslistan hyödyntämisellä ja kaikkien osallistumisella tarkistuslistan lukemiseen voidaan vaikuttaa anestesia- ja leikkaustiimien väliseen kommunikaatioon, jolloin kaikilla olisi yhteneväiset käsitykset tarkistuslistan läpikäymisestä ja asioiden varmistamisesta (Pesonen 2011, 18–20.)

Vastaajat ilmoittivat tuntevansa toisensa, joten nimien ja tehtävien läpikäyminen tuntui turhalta. Uuden työntekijän kohdalla asioiden läpikäymisestä on kuitenkin hyötyä ja väärinkäsityksiltä voidaan välttyä. WHO (2009) ohjeistaa, että leikkaustiimin jäsenten ja nimien läpikäyminen on mahdollista ohittaa, jos tiimi pysyy samana koko päivän. Ennen toimenpiteen aloitusta tapahtuva potilaan henkilöllisyyden varmistaminen toteutui ennen anestesian aloitusta tapahtuvaa varmistamista heikommin. Tässä vaiheessa potilas on jo nukutettu, joten todennäköisesti potilas ei ole päässyt vaihtumaan. Tulisi kuitenkin huomioida mahdollisuus, että leikkaava lääkäri on väärässä salissa, jolloin leikkauspöydälle oleva potilas ei ole se, jota lääkäri on tullut leikkaamaan. Henkilöllisyyden varmistaminen on todettu perioperatiivisen hoitotyön haittoja vähentäväksi tekijäksi (Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön 2012, hakupäivä 26.1.2013).

Leikkaava lääkäri voi ajatustasolla käydä läpi esimerkiksi leikkauksen kriittisiä vaiheita ja arvioitua kestoja, mutta näiden tietojen ääneen sanomisella muu leikkaustiimi saisi tietoja tulevasta leikkauksesta etenkin silloin, jos leikkaukseen liittyy erityistä huomiota vaativia asioita. Kommunikatiivirheiden aiheuttamat hoitovahingot voivat johtua muun muassa epätarkasta tai puutteellisesta tiedosta (Lingard ym. 2004, 330–334).

Kaikilla erikoisaloilla ja niihin liittyvissä leikkauksissa ei tarvita radiologisia kuvia, joten niiden saatavuus voi jäädä varmistamatta. Niissä leikkauksissa, joissa kuvia tarvitaan, niiden saatavuus varmistetaan paremmin. Tukielin- ja neurokirurgian toimialueella (42,3 %) kuvien varmistaminen toteutui vastaajien mukaan paremmin kuin pehmytkudoskirurgian toimialueella (13,3 %). Tätä voi selittää se, että tukielin- ja neurokirurgian toimialueen leikkaussaleissa leikataan ortopedisiä ja traumatologisia potilaita, joiden toimenpiteiden suorittaminen voi vaatia myös leikkauksenaikaista läpivalaisun kontrollointia (Heikkilä 2002, 261; Sivonen 2012).

Perioperatiiviset sairaanhoitajat laskevat käytettyjä neuloja, taitoksia ja instrumentteja useita kertoja leikkauksen ajan, sillä suhteellisen pieneenkin haavaan voi jäädä leikkauksessa käytettyjä välineitä. Leikkauksen lopussa tapahtuvat tarkistuslaskennat ovat tärkeitä, sillä potilaaseen jäänyt taitos voi tulehtua ja aiheuttaa voimakkaan tulehdusvasteen muodostaen märkäpesäkkeen tai ajan kuluessa elimistön kudokset ympäröivät sisäänsä taitoksen, jolloin se näkyy kuvattaessa massana. (Gibbs 2011, 1532–1539.)

Jatkohoito-ohjeista antibiootihoidon ja tromboosiprofylaksian huomioiminen toteutuivat hyvin. Esimerkiksi komplisoituneessa, kuumeisessa umpilisäkkeen tulehduksessa suonensisäisten antibioottien lopettamisen on todettu kehittävän vatsaontelon sisäisiä tulehduksia (Hughes, Harrison & Paterson-Brown 2013, 56–61). Leikkauksiin liittyy laskimotukosten eli trombien muodostumisen mahdollisuus. Laskimotukosten ennaltaehkäiseminen on tärkeää, sillä trombin lähtiessä liikkeelle verenkierron mukana se voi päätyä keuhkovaltimoon tukkien sen ja aiheuttaen keuhkoembolian. Tromboosiprofylaksialla pyritään ennaltaehkäisemään laskimotukosten muodostumista ja siten vaikuttamaan potilaan toipumiseen. (Hammar 2011, 26.)

Tuloksista oli havaittavissa, että anestesia- ja leikkaussairaanhoitajat olivat eri mieltä tarkistuslistan lukijasta kussakin vaiheissa. Tarkistuslistan läpikäymisen kannalta on erityisen tärkeää, että nimetään yhdelle henkilölle vastuu listan tarkistuksesta jokaisessa vaiheessa. Vastuussa olevan henkilön tulee huolehtia siitä, että kaikki vaiheet käydään läpi ja hän voi tarvittaessa estää leikka-

ustiimiä etenemästä, jos jokin kohta unohtuu tai jää epäselväksi. (Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön 2012, hakupäivä 26.1.2013.) Tarkistuslistan läpikäymistä tulisi kuitenkin pitää leikkaustiimin yhteisenä asiana. WHO on määritellyt vastuuhenkilöksi valvovan sairaanhoitajan, joka huolehtii jokaisen vaiheen läpikäymisestä. (Leikkaustiimin tarkistuslista 2009.)

7 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvailla Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston anestesia- ja leikkaussairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä tarkistuslistan käytöstä. Lisäksi tarkoituksena oli pyrkiä selvittämään mahdollisia käyttöön liittyviä ongelmia ja sairaanhoitajien kehittämisideoita. Sairaanhoitajat arvioivat tarkistuslistan eri kohtien toteutumista osana periooperatiivista hoitotyötä, kuvasivat kokemuksiaan tarkistuslistan käytöstä sekä toivat esille kehittämisideoita. Tutkimusmenetelmäksi valitsimme kvantitatiivisen tutkimuksen ja laadimme tarkistuslistan pohjalta mittarin, koska määrällisen tutkimuksen pystyi kohdistamaan koko sairaanhoitajien henkilöstöryhmään ja menetelmällä on mahdollista saada yleistettävää tietoa. Tutkimus antoi vastaukset laadittuihin tutkimusongelmiin.

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta kuvataan käsitteillä validiteetti eli pätevyys ja reliabiliteetti eli luotettavuus ja pysyvyys. Validiteetilla tarkastellaan, onko tutkimuksessa mitattu tarkoitettuja asioita. Pätevyyteen voidaan vaikuttaa sillä, että mittari ja tutkimusongelmat ovat samansuuntaiset sekä mittari on huolellisesti laadittu. Pätevyyden kannalta on tärkeää, että tutkittavat ymmärtävät kysymykset kuten kysymysten laatija on halunnut. Tätä voidaan tutkia esitestauksella, joka etenkin uuden mittarin kohdalla on tärkeää. (Vilka 2005, 161; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–157.) Laatiessamme mittaria pyrimme tekemään siitä tarpeeksi kattavan, jotta se mittaisi tarkoitettuja asioita. Koska laadimme tutkimusta varten uuden mittarin, halusimme esitestata sen ammattilaisilla luotettavuuden ja toimivuuden testaamiseksi. Tällä pyrimme varmistamaan tutkimuksen ja koko opinnäytetyön validiteettia. Pyysimme esitestajia arvioimaan, mittasiko kysely aiottuja asioita ja olivatko kysymykset yksiselitteisiä. Hyödynsimme esitestauksesta saatua palautetta ja korjasimme mittarista kirjoitusvirheitä. Esitestaus antoi myös varmuutta tulevan tutkimuksen onnistumisesta. Vaikka laadimme mittarin keskusleikkausosaston tarkistuslistan pohjalta, vaikuttivat opinnäytetyömme tutkimusongelmat merkittävästi mittarin lopulliseen muotoon. Laatiessamme opinnäytetyömme viitekehystä pyrimme määrittelemään tarvittavat käsitteet täsmällisesti. Myös huomion kiinnittäminen kysymysten asetteluun on edesauttanut opinnäytetyömme validiteetin parantamisessa.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös tulosten luotettavuus, jolloin tarkastellaan tulosten sisäistä ja ulkoista validiteettia. Sisäinen validiteetti tarkoittaa, että tutkimuksella saadut tulokset johtuvat asetelmasta eivätkä muista tekijöistä. Ulkoinen validiteetti puolestaan käsittää tulosten yleistettävyyden ja liittyy otosten käyttämiseen. Tulosten sisäiseen validiteettiin tutkimuksessa me vaikutti tarkistuslistan ajankohtaisuus. Aihetta on viime aikoina käsitelty erinäisissä yhteyksissä, ja vastaajat ovat voineet törmätä aihetta käsitteleviin julkaisuihin ja hyödyntäneet lukemaansa tietoa vastatessaan. Myös vastaajien valikoituminen esimerkiksi aiheen mielenkiintoisuuden perusteella voi vaikuttaa saamiimme tuloksiin. Ulkoiseen validiteetin osalta tulosten luotettavuutta parantaa se, ettemme käyttäneet tutkittavien valinnassa otosmenetelmiä, vaan teimme kokonais-tutkimuksen. Tästä huolimatta tuloksia ei voida yleistää koskemaan kaikkia Suomen anestesia- ja leikkaussairaanhoitajia, koska laadittu mittari pohjautui Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston tarkistuslistaan. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 157–158.)

Reliabiliteetilla arvioidaan tulosten tarkkuutta ja kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia ja toistettavia tuloksia. Mittarin luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla sen pysyvyyttä eli herkkyyttä ulkopuolisille vaikutuksille. Käytetty mittari on reliaabeli, jos eri aineistosta samalla mittarilla mitatut tulokset ovat samansuuntaisia. Mittarin kokonaisluotettavuus muodostuu tutkimuksen pätevydestä ja luotettavuudesta. Hyvä kokonaisluotettavuus edellyttää, että tutkittavat edustavat perusjoukkoa ja satunnaisuus on minimoitu. Tutkimuksen luotettavuutta on arvioitava suhteessa aikaan ja paikkaan eli tuloksia ei voida yleistää tutkittavan alueen ulkopuolelle. (Vilkkä 2005, 161–162; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–157.) Reliabiliteettia pyrimme varmistamaan laatimalla luotettavan mittarin sekä valitsemalla tutkimukseen sopivan tutkimusmenetelmän ja aineiston käsittelytavan. Koska pyrkimyksenä oli tuottaa yleistettävää tietoa, halusimme kerätä vastauksia mahdollisimman monelta sairaanhoitajalta. Tämän vuoksi emme käyttäneet otantamenetelmiä, jotta kohderyhmä ei pienenisä. Otimme huomioon myös sen, että vastaajat edustavat paremmin perusjoukkoa, kun tutkimusta ei toteuteta kesäloma-aikaan ja vastausaika on riittävän pitkä. Saimme opastusta tulosten analysointiin aiheeseen perehtyneeltä opettajalta, mikä osaltaan paransi tutkimustulosten analysoinnin ja opinnäytetyön luotettavuutta. Tutkimuksemme tarkoituksena ei myöskään ole yleistää tuloksia keskusleikkausosaston ulkopuolelle, sillä tutkimuksen kohteena olivat nimenomaan keskusleikkausosaston sairaanhoitajien kokemukset.

Tutkimuseettiset kysymykset on jaettavissa kahteen ryhmään. Ensimmäinen ryhmä käsittää tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan liittyvät kysymykset. Toisen ryhmän puolestaan muodostavat kysymykset, jotka liittyvät tutkijan vastuuseen tutkimustulosten soveltamisesta. Etenkin

ihmisiä ja inhimillistä toimintaa koskevissa tutkimuksessa eettiset kysymykset ovat tärkeitä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 26.) Tutkimuksen lähtökohtana on oltava sen hyödyllisyys. Tutkijan on pyrittävä minimoimaan tutkimuksesta vastaajille aiheutuvia haittoja, jotka voivat olla fyysisiä, emotionaalisia, sosiaalisia tai taloudellisia. Tutkimuksemme lähtökohtana oli keskusleikkausosaston pyyntö selvittää tarkistuslistan käyttökokemuksia. Yhteistyökumppanimme voi hyötyä tutkimustuloksista toiminnan kehittämiseksi. Tutkimukseen vastaaminen oli täysin vapaaehtoista ja vastaamisen saattoi jättää kesken niin halutessaan. Tutkimukseen osallistuminen perustui tietoiseen suostumukseen. (ks. Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 27.) Tiedotimme tutkittavia leikkaus- ja anestesiapuolen osastonhoitajien välityksellä. He lähettivät sairaanhoitajille sähköpostin, jossa kertoivat opinnäytetyömme tutkimuksesta. Liitteenä oli saatekirje, jossa kerrottiin, mitä ja miksi on tarkoitus tutkia, miten saatu aineisto säilytetään ja miten tulokset julkaistaan.

Tutkijoina olemme velvollisia huolehtimaan vastaajien anonymiteetin säilymisestä ja siitä, ettei tutkimusaineistoa luovuteta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Emme olleet missään vaiheessa tietoisia, ketkä kyselyyn ovat vastanneet. Vastaaminen tapahtui suoraan Webropol-alustalla ilman tunnuksia, eikä vastaajan edellytetty täyttävän iän ja sukupuolen lisäksi muita henkilötietoja. Anonymiteettia varmisti myös se, ettemme tiedä, kenelle sairaanhoitajista osastonhoitajat ovat kyselyn välittäneet. Tutkimukseen liittyvä vaitiolovelvollisuus koskee kaikkea tutkimukseen liittyvää ja se koskee myös tutkimuksen valmistumisen jälkeistä aikaa. Eettistä toimintaa tukee myös tutkimuslupan anominen (Vilkkä 2005, 58). Saatuamme koululta hyväksynnän tutkimussuunnitelmalle, anoimme tutkimuslupaa Oulun yliopistollisesta sairaalasta opinnäytetyön lupapyyntö yhteistyötaholle -lomakkeella. Tässä lomakkeessa vahvistetaan tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät sekä sovitaan tulosten ja opinnäytetyön käyttöoikeuksista. Keskusleikkausosaston kohdalla anoimme lupaa operatiivisen tulosalueen ylihoitaja Merja Fordellilta ja lasten leikkausosaston esitestauksen osalta lasten ja naisten tulosalueen ylihoitaja Seija Miettiseltä. Molemmat ylihoitajat myönsivät tutkimuslupan hakemuksen mukaisesti. Lupapyyntö-lomakkeen lisäksi täytimme Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tutkimuslupalomakkeen eli diaarilomakkeen. Tämä tarkoittaa, että tutkimus numeroidaan tutkimustoiminnan seuraamista varten (Ohjeita sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille opinnäytetyön tekemiseen PPSHP:ssä 2013, hakupäivä 6.3.2013).

Olemme hyödyntäneet opinnäytetyössämme runsaasti sekä kotimaisia että ulkomaisia lähdeateriaaleja. Toisten kirjoittamiin teksteihin viitatessamme olemme käyttäneet teksti- ja lähdeviitteitä, koska plagiointi ei ole tutkimusetiikan mukaista. Tutkimuksemme tulokset on kirjoitettu saamam-

me aineiston perusteella. Emme ole sepittäneet, kaunistelleet tai latineet itse tutkimuksen tuloksia omien mielipiteiden perusteella, emmekä myöskään ole jättäneet kielteisiä tuloksia raportoitamatta. Tutkimusraportin valmistuttua säilytämme kerätyn aineiston, jotta tarvittaessa voimme perustella tulosten oikeellisuutta sen avulla. Myös tutkimuksen toistamista varten on aineistoa hyvä säilyttää. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–184.)

Suorittaessamme opintoihin kuuluvaa harjoittelua keskusleikkausosastolla emme keränneet tietoa tarkistuslistan käytöstä havainnoimalla sairaanhoitajien työtä. Emme myöskään hyödyntäneet omakohtaista kokemusta, jota olemme saaneet harjoittelussa.

7.2 Tutkimusprosessi ja omat oppimiskokemukset

Opinnäytetyön tekeminen on ollut opettavainen kokemus ja siihen liittyvä projekti on jatkunut lähes koko opiskeluajan. Joulukuussa 2011 aloimme laatia valmistavaa seminaarityötä, josta saimme teoriaosuuden tutkimussuunnitelmaamme. Keväällä 2012 laadimme tutkimussuunnitelman, jolla anoisimme tutkimuslupaa. Tässä vaiheessa laadimme myös tutkimussuunnitelman liitteiksi tutkimuksen mittarin, saatekirjeet esitestaukseen ja varsinaiseen tutkimukseen sekä esitestaajien palautelomakkeen. Saatuaamme tutkimusluvan pääsimme esitestaamaan mittarin kesäkuussa 2012. Varsinaisen tutkimuksen keskusleikkausosastolla suoritimme syyskuussa 2012. Tämän jälkeen analysoimme aineiston ja laadimme loppuraportin. Opinnäytetyö valmistui keväällä 2013.

Olemme työstäneet opinnäytetyötä tasaisesti opiskeluiden edetessä. Olemme latineet aikataulun opinnäytetyön tekemiselle ja pysyneet siinä suhteellisen hyvin. Aikataulua ovat venyttäneet muut opinnot, käytännön harjoittelut ja toisinaan myös meistä riippumattomat tekijät kuten esimerkiksi opettajien aikataulut ja yhteistyötahojen kanssa viestittelyyn kulunut aika. Välillä aikataulu on pettänyt, mutta olemme tämän seurauksena tarkentaneet ja muokanneet aikataulua uudelleen. Yllätyimme positiivisesti, kun saimme tutkimusluvut molemmilta ylihoitajilta niin nopeasti. Tämä mahdollisti mittarin esitestaamisen kesäkuussa, vaikka olimme varautuneet sen siirtymiseen myöhempään kesään.

Ryhdyimme alusta lähtien tekemään opinnäytetyötä täsmällisesti, jotta myöhemmissä vaiheissa ei enää tarvitsisi korjata aiemmin tekemättä jätettyjä tai huolimattomasti tehtyjä kohtia. Olemme antaneet itsellemme aikaa tehdä myös muuta ja tarkoituksellisesti toisinaan jättäneet opinnäyte-

työn taka-alalle. Tämä on edesauttanut motivaation ylläpysymistä koko pitkän prosessin ajan. Yhteydenpito ohjaavien opettajien ja yhteistyötahomme kanssa on kuitenkin tuonut motivaatiota ja intoa tehdä työtä, jotta opinnäytetyö valmistuisi ajallaan. Lisäksi opettajilta ja yhteistyötahoilta saatu kannustus ja heidän osoittamansa mielenkiinto opinnäytetyötämme kohtaan ovat vaikuttaneet työskentelyintoomme. On myös ollut kannustavaa nähdä, kuinka työ vähitellen etenee ja lähestyy valmistumistaan.

Mittarin laatimiseen saimme merkittävää apua hyödyntäessämme keskusleikkausosastolla käytettävää tarkistuslistaa. Laadimme tarkistuslistan käyttöä koskevat kysymyksen leikkaustiimin tarkistuslistan avulla ja lisäksi laadimme Pirkko Sivoselta saamiemme neuvojen perusteella kysymyksiä, joilla kartoitimme tarkistuslistan käyttökokemuksia. Halusimme myös sisällyttää tutkimukseen avoimia kysymyksiä, joissa vastaajat voisivat omin sanoin tuoda esille mielipiteitään. Mittarin syöttämiseen Webropol-alustalle saimme apua Hannele Huhtalalta, joka neuvoi meille sivustojen käyttöä. Tässä vaiheessa saimme myös tietää, että voisimme saada koululta omat tunnukset Webropol-sivuille. Erinäisten sähköpostien jälkeen saimme lopulta tunnuksen, jonka myötä pystyimme itse syöttämään mittarin loput kysymykset alustalle. Onnistuimme saamaan mittarillamme vastaukset kaikkiin tutkimusongelmiin, joten mielestämme mittari oli tarkoitukseen täysin soveltuva.

Välitimme kyselyyn johtaneen Internet-linkin kohderyhmän sairaanhoitajille osastonhoitajien Irma Länkisen ja Tuula Virsiheimon kautta. Kyselyn avaamiseen liittyi vaikeuksia, kun linkki ei meille tuntemattomasta syystä aluksi toiminutkaan. Aikamme pohdittuamme mahdollista syytä saimme linkin lopulta toimimaan. Itse kysely sujui tästä eteenpäin hyvin. Kohderyhmäämme kuului 176 leikkaus- ja anestesia-sairaanhoitajaa. Kyselyyn vastasi 56 sairaanhoitajaa, joten kato oli huomattavan suuri. Vastausprosentti oli vain 31,8 %. Tutkimuksen tekeminen kuitenkin onnistui saamiemme vastausten perusteella. Aineiston analysointivaiheessa saimme ohjausta Jari Jokiselta. Olimme havainneet Webropol-sivustolla olevan mahdollisuuden ristiintaulukoida tuloksia, mutta vasta Jari Jokiselta saimme varmuuden sivuston analysointimahdollisuuksien riittävydestä. Tämän vuoksi emme loppujenlopuksi hyödyntäneetkään SPSS-ohjelmaa analysoinnissa, vaan teimme tarvittavat taulukoinnit Webropol-sivustolla ja laadimme kuviot Excel-ohjelmalla. Avointen kysymysten kohdalla hyödynsimme induktiivista sisällönanalyysia ja luokittelimme ensimmäisen kysymyksen vastaukset kahteen ja toisen kysymyksen vastaukset viiteen luokkaan. Analysointivaiheessa työskentely oli hitaampaa, mikä hieman heikensi työskentelymotivaatiota.

Tulosten valmistuttua kirjoitimme loppuraporttia ja valmistauduimme kypsyysnäytteen laatimiseen. Tuloksiin liittyvät asiat vaativat eniten työskentelyä loppuraportin laatimisvaiheessa, mutta muuten kirjoittaminen oli taas nopeampaa työskentelyä. Halusimme korvata perinteisen kypsyysnäytteen kirjoittamisen laatimalla artikkelin tutkimustuloksista. Tiedustelimme Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin henkilöstölehdessä Pohjanpiirin päätoimittajalta Pasi Parkkilalta mahdollisuutta julkaista artikkeli Pohjanpiirissä. Saisimme julkaista artikkelin, mikäli osastonhoitajat Irma Länkinen ja Tuula Virsiheimo keskusleikkausosastolta hyväksyisivät tuloksista laaditun artikkelin.

Opinnäytetyön tekeminen parityönä on mahdollistanut asioiden pohtimisen kahdesta eri näkökulmasta. Vaikka ajatuksemme ovat olleet hyvin samansuuntaisia, olemme kuitenkin pystyneet täydentämään toistemme ideoita ja näin ollen huomanneet asioita, joihin ei välttämättä yksin olisi osannut kiinnittää huomiota. Olemme tehneet työtä yhdessä, mutta harjoittelujaksojen aikana myös erillämme. Tehtyämme opinnäytetyötä itseksemme, olemme lukeneet toisen kirjoittamat asiat ja sovittaneet tekstit yhteen. Aikatauluja olemme luonnollisesti saaneet sovittaa yhteen, mutta molemmat ovat olleet tässä asiassa joustavia. Yhteistyömme opinnäytetyön parissa on sujunut hyvin ja molemmat ovat antaneet samansuuruisen työpanoksen yhteiseen projektiin.

Tutkimuksen suorittaminen ei ollut kummallekaan entuudestaan tuttua. Opimme paljon tutkimuksen suorittamisesta ja ennen kaikkea määrällisestä tutkimuksesta. Tutkimusprosessin vaiheet ja tutkimuksen suorittamiseen liittyvät teoreettiset asiat tulivat tutuiksi. Perehdyimme hyvin käsiteltävään aiheeseen ja opimme paljon potilasturvallisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Saamiamme tietoja voimme hyödyntää työskennellessämme sairaanhoitajina missä tahansa hoitoalalla. Opinnäytetyön tekeminen on tukenut ammatillista kasvuamme perioperatiivisen hoitotyön, tarkistuslistan käyttämisen ja ennen kaikkea potilasturvallisuuden osalta. Lisäksi tavoitteenamme oli kehittää tutkimuksen suorittamiseen vaadittavaa osaamista, syventää tiedonhakutaitojamme sekä kehittää kriittistä suhtautumista löytämäämme tietoon. Molemmilla on kiinnostusta leikkaussalissa työskentelyyn, joten uskomme hyötyvämmekin tekemästämme tutkimuksesta valmistuttuamme.

7.3 Yleistettävyyys ja jatkotutkimusaiheet

Mielestämme tutkimustulokset ovat hyödynnettävissä käytäntöön keskusleikkausosastolla. Leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöä koskevat tulokset voidaan yleistää koskemaan keskusleikkaus-

osaston sairaanhoitajia, sillä vastaajista löytyi sekä anestesia- että leikkaussairaanhoitajia, miehiä ja naisia, eri-ikäisiä vastaajia ja heillä oli vaihteleva määrä työkokemusta perioperatiivisesta hoitotyöstä. Tuloksia ei voida yleistää koskemaan kaikkien leikkausosastojen sairaanhoitajia, sillä kyseessä on nimenomaan keskusleikkausosastolle sen tarpeisiin muokattu tarkistuslista ja kohderyhmänä olivat juuri keskusleikkausosaston sairaanhoitajat.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tehdä laajempi tutkimus aiheesta. Voidaan esimerkiksi tutkia myös muiden ammattiryhmien kokemuksia ja kehittämisideoita tarkistuslistan käytöstä. Myös vertaileva tutkimus eri leikkausosastojen tai sairaaloiden välillä voisi havainnollistaa tarkistuslistan käyttöä perioperatiivisessa hoitotyössä tuomalla mahdollisesti esille eroja sairaaloiden välillä. Toisaalta myös tarvittavien toimenpiteiden kuten kouluttamisen jälkeen voidaan keskusleikkausosastolla suorittaa uusi tutkimus, jossa mitataan samoja asioita uudelleen.

Haluamme kiittää opinnäytetyöprosessissa meitä auttaneita. Kiitämme metodiohjaaja Tuula Nisistä, sisällönohjaaja Markus Karttusta sekä yhteyshenkilönä toiminutta Pirkko Sivosta. Haluamme kiittää myös sekä anestesiapuolen osastonhoitajaa Tuula Virsiheimoa että leikkauspuolen osastonhoitajaa Irma Länkistä yhteistyöstä opinnäytetyömme parissa. Kiitämme lasten leikkausosaston henkilökuntaa mittarimme esitestaamisesta. Kiitämme myös Hannele Huhtalaa Webropol-sivustojen käytön opastuksesta, Jari Jokista analysoinnin neuvomisesta, Pasi Parkkilaa yhteistyöstä artikkelin tiimoilta sekä muita meitä auttaneita henkilöitä.

LÄHTEET

Ahlstén, L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Pohjan Piiri 36 (2), 18-19.

Anestesia, leikkaus ja tehohoito. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Hakupäivä 29.1.2012. <http://www.ppshp.fi/anestesia>.

Anestesiakertomus. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Tekijöiden hallussa.

European Union Network for Patient Safety. 2008. Hakupäivä 20.12.2011. <http://www.eunetpas.eu/>.

Gibbs, V.F. 2011. Retained Surgical Items and Minimally Invasive Surgery. World Journal of Surgery 35 (7), 1532–1539. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140941/>

Hammar, A.-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOY.

Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A.-H.S., Dellinger, E.P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P.L., Lapitan, M.C.M., Merry, A.F., Moorthy, K., Reznick, R.K., Taylor, B. & Gawande, A.A. 2009. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. The New England Journal of Medicine 360 (5), 491-499. Hakupäivä 3.1.2012. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0810119>.

Hughes, M.J., Harrison, E. & Paterson-Brown, S. 2013. Post-Operative Antibiotics after Appendectomy and Post-Operative Abscess Development: A Retrospective Analysis. Surgical Infections 14 (1), 56-61. Hakupäivä 2.4.2013. <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/sur.2011.100>

Heikkilä, M. 2002. Röntgen- ja läpivalaisulaitteet. Teoksessa T. Sora, P. Antikainen, M. Laisalmi & S. Vierula (toim.) Sairaanhoidon teknologia. Helsinki: WSOY, 260-271.

Helovuori, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 99-116.

Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus: potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1.-3. painos. Helsinki: Tammi.

Ikonen, T.S. & Pauniah, S.-L. 2010. Kaikki kunnossa – valmiina viiltoon. Aikakauskirja Duodecim 126 (4), 333-335.

Junttila, K., Lamberg, E., Salanterä, S. & Suhonen, R. 2010. Tutkimus ja käytäntö kehittävät perioperatiivista hoitotyötä. Pinsetti 22 (1), 27-28.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kansainvälisiä toimijoita potilasturvallisuudessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Hakupäivä 20.12.2011. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/kansainvaliset-toimijat.

Karinen, J. & Ali-Melkkilä, T. 2006. Potilaan valmistelu anestesiaan ja esilääkitys. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola & O. Takkunen (toim.) Anestesiologia ja tehohoitto. Jyväskylä: Gummerus, 286–298.

Keskusleikkausosasto. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Hakupäivä 29.1.2012. http://www.ppsHP.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime101/prime103.aspx.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 77-97.

Käyrä, M. 2010. Opiskelijaohjauksen perehdytysmateriaali. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Oulun yliopistollinen sairaala. Keskusleikkausosasto.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Hakupäivä 3.1.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Leikkaussalin tarkistuslista OYS, Kesle. Oulun yliopistollinen sairaala, keskusleikkausosasto. 2010. Tekijöiden hallussa.

Leikkaustiimin tarkistuslista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Hakupäivä 31.1.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/leikkaustiimin-tarkistuslista.

Leikkaustiimin tarkistuslista. World Health Organisation. 2009. Tekijöiden hallussa.

Leppäniemi, E. 2010. Kokemuksia Jorvin sairaalasta: Tarkistuslista parantaa potilasturvallisuutta. Pinsetti 22 (2), 11-12.

Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G., Reznick, R., Bohnen, J., Orser, B., Doran, D. & Grober, E. 2004. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. Quality & Safety in Health Care 13 (5), 330–334.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743897/pdf/v013p00330.pdf>.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Markkanen, P. 2002. Kirurginen diatermialaite. Teoksessa T. Sora, P. Antikainen, M. Laisalmi & S. Vierula (toim.) Sairaanhoidon teknologia. Helsinki: WSOY, 260-271.

Mikkonen, M. 2004. Potilasvahingot ja niiden ennaltaehkäisy. Spirium 39 (2), 37-40.

Ohjeita sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille opinnäytetyön tekemiseen PPSHP:ssä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Hakupäivä 6.3.2013.
http://www.ppsHP.fi/terveydenhuollon_opiskelijat/prime101.aspx.

Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Hakupäivä 13.2.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/3f50e159-ab8e-44d8-9cd7-b03447e51dfe>.

Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Hakupäivä 26.1.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/3f50e159-ab8e-44d8-9cd7-b03447e51dfe>.

Palkama, V. & Rosenberg, P. 2002. Tavallisimmat leikkausasennot. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, H. Hendolin, J. Jalonen & A. Yli-Hankala (toim.) Anestesiaopas. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 71.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Peltoniemi, K. & Piippo, S. 2010. Opiskelijaohjauksen perehdytysmateriaali. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Oulun yliopistollinen sairaala. Keskusleikkausosasto.

Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. Finnanest 44 (1), 18-20. http://www.finnanest.fi/files/pesonen_tarkistus.pdf.

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Hakupäivä 20.12.2011. <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>.

Potilasvakuutuskeskus edellyttää leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöä. Potilasvakuutuskeskus. 2012. Hakupäivä 27.2.2013. <http://www.pvk.fi/fi/terveydenhuollolle/Potilasvakuutuskeskuksen-tiedotteet/Potilasvakuutuskeskus-edellyttaa-leikkaustiimin-tarkistuslistan-kayttoa/>.

Rotko, N., anestesia- ja tehohoidon erikoislääkäri, Oulun yliopistollinen sairaala. 2011. Luento 3.11.2011 ja 24.11.2011. Tekijöiden hallussa.

Semel, M.E., Resch, S., Haynes, A.B., Funk, L.M., Bader, A., Berry, W.R., Weiser, T.G. & Gawande, A.A. 2010. Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in U.S. Health Affairs 29 (9), 1593-1599. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3069616/>.

Sewell, M., Adebibe, M., Jayakumar, P., Jowett, C., Kong, K., Vemulapalli, K., Levack, B. 2011. Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. International Orthopaedics 35 (6), 897–890. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3103968/>.

Silén-Lipponen, M. 2005. Tiimityö leikkaushoitotyössä – käsitteellinen näkökulma ja suomalaisten, englantilaisten ja amerikkalaisten hoitajien ja hoitotyön opiskelijoiden kokemuksia. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Sivonen, P., opetuskoordinaattori, Oulun yliopistollinen sairaala. 2012. Haastattelu 17.1.2012. Oulun yliopistollinen sairaala.

Sivonen, P., opetuskoordinaattori, Oulun yliopistollinen sairaala. 2012. Operatiivisen tulosalueen infomateriaali 17.1.2012. Tekijöiden hallussa.

Tengvall, E. 2011. Leikkaus- ja anestesiahoitajien ammatillinen pätevyys: kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Terveystietolaki 30.12.2010/1326. Hakupäivä 3.1.2012.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltolaki).

Tietoa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin toiminnasta. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Hakupäivä 29.1.2012. http://www.ppshp.fi/tietoa_toiminnasta.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Väisänen, O. 2011. Tiimityöskentely operatiivisessa toiminnassa. Spirium 46 (3), 20-21.

Webropol. 2013. Miksi Webropol? Hakupäivä 22.3.2013. <http://www.webropol.fi/miksi-webropol-2/>.

Weiser, T.G., Haynes, A.B., Dziekan, G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R. & Gawande, A.A. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. Annals of Surgery 251 (5), 976-980. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20395848>.

Weiser, T.G., Haynes, A.B., Lashoher, A., Dziekan, G., Boorman, D.J., Berry, W.R. & Gawande, A.A. 2010. Perspectives in quality: designing the WHO Surgical Safety Checklist. *International Journal for Quality in Health Care* 22 (5), 365-370.
<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/22/5/365.long>.

LIITTEET

Liite 1 Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston leikkaustiimin tarkistuslista

Liite 2 Tutkimuksen mittari

Liite 3 Saatekirje tutkimuksen mittarin esitestaukseen osallistuville

Liite 4 Esitestauksen palautelomake

Liite 5 Saatekirje tutkimukseen osallistuville

ENNEN ANESTESIAN ALOITUSTA	ENNEN TOIMENPITEEN ALOITUSTA	ENNEN LEIKKAUSSALISTA POISTUMISTA
<p>■ Henkilöllisyys ja toimenpide varmistettu</p> <p>■ Leikattava puoli merkitty / ei tarpeen</p> <p>■ Anestesiavalmius vahvistettu</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASA- luokka • Perussairaudet ja lääkitys tiedossa • Laboratoriovastaukset tiedossa • Hengityskone, pulssioksimetri ja muut valvontalaitteet ja välineistö valmiina <p>Seuraavat asiat huomioitu:</p> <p>■ Allergiat</p> <p>■ Aspiraattoriski / vaikea ilmatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kyllä, välineet saatavilla <p>■ Vuotoriski yli 500ml (lapsi 7ml/kg)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kyllä, i.v.- yhteys ja verivaraus varmistettu <p>■ Tromboosiprofylaksia ja vuotovaaraa aiheuttavat lääkkeet</p> <p>■ Tahdistimet ja metalliesineet</p> <p>■ Liikerajoitukset</p> <p>■ Leikkausvälineistö saatavilla</p>	<p>■ Leikkaustiimin nimet ja tehtävät tiedossa</p> <p>■ Kirurgi varmistanut yhdessä muun tiimin kanssa</p> <ul style="list-style-type: none"> • potilaan henkilöllisyyden • leikkauskohteen ja suunnitellun toimenpiteen <p>■ Antibioottiprofylaksia</p> <ul style="list-style-type: none"> • annettu 60 min sisällä • ei tarvita <p>Kriittisten tapahtumien arviointi</p> <p>■ Leikkaava lääkäri</p> <p>leikkauksen kriittiset vaiheet, poikkeavat suunnitelmat, arvioitu kesto ja leikkauksivuoto</p> <p>■ Anestesiatimi</p> <p>erityisiä huomioitavaa potilaan hoidossa</p> <p>■ Leikkaushoitajat</p> <p>välineistön, instrumenttien ja lääkeaineiden saatavuus, diatermialevyn paikka</p> <p>■ Radiologiset kuvat</p> <ul style="list-style-type: none"> • kyllä • ei tarvita 	<p>■ Instrumenttien, taitosten ja neuulojen määrä täsmää</p> <p>■ Leikkaava lääkäri vastaa, että diagnoosi, toimenpide ja koodit ovat merkitty oikein</p> <p>■ Näytteet merkitty ja valmiita lähetettäväksi</p> <p>■ Jatkohoido-ohjeet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postoperatiivinen lääkitys • Antibioottihoito • Tromboosiprofylaksia • Asennot, liikerajoitukset • Dreenit (imussa/laskuputkena)



Tarkistuslistan käyttökokemukset keskusleikkausosastolla

Tervetuloa vastaamaan opinnäytetyömme kyselyyn!

Kyselyssä on 31 kysymystä ja vastaamiseen kuluu noin 15 minuuttia.

Kysymykset ovat pääsääntöisesti monivalintakysymyksiä, mutta lopussa on kaksi avointa kysymystä, joihin toivomme teidän vastaavan.

Vastaaminen tapahtuu nimettömänä, eikä vastauksianne voi tunnistaa tutkimustuloksista.

Vastaajan taustatiedot

1. Sukupuolesi *

☐ nainen

☐ mies

2. Ikäsi *

3. Koulutuksesi *

☐ Sairaanhoitaja AMK

☐ Sairaanhoitaja Ylempi AMK

☐ Erikoissairaanhoitaja

☐ Muu, mikä?

4. Työkokemuksesi keskusleikkausosastolla vuosina *

5. Työkokemuksesi perioperatiivisessa hoitotyössä vuosina *

6. Tehtäväsi *

☐ Anestesia- ja sairaanhoitaja

☐ Leikkaussairaanhoitaja

7. Toimialueesi *

☐ Pehmytkudoskirurgia

☐ Tuki- ja neurokirurgia

Seuraavat kysymykset kohdistuvat tarkistuslistan käyttöön. Ole hyvä ja vastaa kysymyksiin niin kuin ne toteutuvat keskusleikkausosastolla.

Ennen anestesian aloitusta

8. Ennen anestesian aloitusta varmistetaan *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto 5=aina, 4=usein, 3=harvoin, 2=ei koskaan, 1=en osaa sanoa

	5	4	3	2	1
potilaan henkilöllisyys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tehtävä toimenpide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
leikattava puoli ja merkintä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allergiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aspiraatoriski ja tarvittavat välineet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vaikea ilmatie ja tarvittavat välineet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vuotoriski ja tarvittavat toimenpiteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tromboosiprofylaksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vuotovaaraa aiheuttavat lääkkeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tahdistimet ja metalliesineet, lävistyksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaan liikerajoitukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
leikkausvälineiden saatavuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Ennen anestesian aloitusta varmistetaan anestesiavalmius vahvistamalla *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto 5=aina, 4=usein, 3=harvoin, 2=ei koskaan, 1=en osaa sanoa

	5	4	3	2	1
ASA-luokka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
perussairaudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkitys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
laboratoriotulokset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hengityskone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pulssioksimetri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
muut valvontalaitteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Ennen anestesian aloitusta tarkistuslistan lukee *

- ☐ anestesiahoitaja
- ☐ leikkaussairaanhoitaja (instrumentoiva)
- ☐ leikkaussairaanhoitaja (valvova)
- ☐ anestesiahoitaja
- ☐ leikkaava lääkäri

Ennen toimenpiteen aloittamista

11. Ennen toimenpiteen aloittamista varmistetaan *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto 5=aina, 4=usein, 3=harvoin, 2=ei koskaan, 1=en osaa sanoa

5 4 3 2 1

leikkaustiimissä toimivien nimet ○○○○○

leikkaustiimissä toimivien tehtävät ○○○○○

12. Leikkaava lääkäri ja muu tiimi varmistavat *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto 5=aina, 4=usein, 3=harvoin, 2=ei koskaan, 1=en osaa sanoa

5 4 3 2 1

potilaan henkilöllisyyden ○○○○○

leikkauskohteen ○○○○○

suunnitellun toimenpiteen ○○○○○

antibioottiprofylaksian ○○○○○

13. Leikkaava lääkäri arvioi ja kertoo tiimille *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto 5=aina, 4=usein, 3=harvoin, 2=ei koskaan, 1=en osaa sanoa

5 4 3 2 1

leikkauksen kriittiset vaiheet ○○○○○

poikkeavat suunnitelmat ○○○○○

toimenpiteen keston ○○○○○

leikkausvuodon ○○○○○

14. Anestesiatiimi *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto 5=aina, 4=usein, 3=harvoin, 2=ei koskaan, 1=en osaa sanoa

5 4 3 2 1

huomioi erityistilanteet ○○○○○

15. Leikkaushoitajat varmistavat *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto 5=aina, 4=usein, 3=harvoin, 2=ei koskaan, 1=en osaa sanoa

5 4 3 2 1

välineistön saatavuuden ○○○○○

instrumenttien saatavuuden ○○○○○

lääkeaineiden saatavuuden ○○○○○

diatermialevyn paikan ○○○○○

16. Radiologisten kuvien *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto 5=aina, 4=usein, 3=harvoin, 2=ei koskaan, 1=en osaa sanoa

5 4 3 2 1

saatavuus varmistetaan ○○○○○

17. Ennen toimenpiteen aloitusta tarkistuslistan lukee *

- ☐ anestesiahoitaja
- ☐ leikkaushoitaja (instrumentoiva)
- ☐ leikkaushoitaja (valvova)
- ☐ anestesialääkäri
- ☐ leikkaava lääkäri

Ennen leikkaussalista poistumista

18. Ennen leikkaussalista poistumista tarkistetaan *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto 5=aina, 4=usein, 3= harvoin, 2=ei koskaan, 1=en osaa sanoa

	5	4	3	2	1
instrumenttien määrä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
taitosten määrä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
neulojen määrä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
näytteiden merkinnät ja valmius lähetettäväksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Leikkaava lääkäri varmistaa *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto 5=aina, 4=usein, 3= harvoin, 2=ei koskaan, 1=en osaa sanoa

	5	4	3	2	1
diagnoosin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
toimenpiteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tarvittavat koodit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Jatkohoito-ohjeissa läpikäydään *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto 5=aina, 4=usein, 3= harvoin, 2=ei koskaan, 1=en osaa sanoa

	5	4	3	2	1
postoperatiivinen lääkehoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antibioottihoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tromboosiprofylaksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
asennot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
liikerajoitukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dreenit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Ennen leikkaussalista poistumista tarkistuslistan lukee *

- ☐ anestesiahoitaja
- ☐ leikkaussairaanhoitaja (instrumentoiva)
- ☐ leikkaussairaanhoitaja (valvova)
- ☐ anestesia-lääkäri
- ☐ leikkaava lääkäri

Kokemukset tarkistuslistan käytöstä

22. Olitko töissä keskusleikkausosastolla, kun tarkistuslista otettiin käyttöön? *

- ☐ kyllä
- ☐ ei

23. Minä vuonna tarkistuslista otettiin käyttöön keskusleikkausosastolla? *

24. Kokemukseni tarkistuslistan käytöstä *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto 5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=en osaa sanoa, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
Olen saanut tarkistuslistan käyttöön koulutusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistan läpikäyminen on liian työlästä/hidasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistaa käytetään jokaisessa toimenpiteessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistan käyttö parantaa yhteistyötä anestesia- ja leikkauspuolen välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistan läpikäymisessä otetaan huomioon opiskelijat ja vierailijat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistan käyttö korostuu, kun potilaasta annetaan hiljainen raportti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarkistuslistalla voidaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Mielestäni tarkistuslistan lukeminen ennen anestesian alkua kuuluu *

- ☐ anestesiahoitajalle
- ☐ leikkaushoitoajalle (instrumentoiva)
- ☐ leikkaushoitoajalle (valvova)
- ☐ anestesiälääkärille
- ☐ leikkaavalle lääkärille

26. Mielestäni tarkistuslistan lukeminen ennen toimenpiteen aloitusta kuuluu *

- ☐ anestesiahoitajalle
- ☐ leikkaushoitoajalle (instrumentoiva)
- ☐ leikkaushoitoajalle (valvova)
- ☐ anestesiälääkärille
- ☐ leikkaavalle lääkärille

27. Mielestäni tarkistuslistan lukeminen ennen leikkaussalista poistumista kuuluu *

- ☐ anestesiahoitajalle
- ☐ leikkaushoitoajalle (instrumentoiva)
- ☐ leikkaushoitoajalle (valvova)
- ☐ anestesiälääkärille
- ☐ leikkaavalle lääkärille

28. Kannatan tarkastuslistan käyttöä *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto 5=täysin samaa mieltä,
4=osittain samaa mieltä, 3= en osaa sanoa, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

- ☐ 5
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1

29. Perustele tähän mielipiteesi lyhyesti *

30. Mielestäni nykyinen tarkistuslista on toimiva sellaisenaan *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto 5=täysin samaa mieltä,
4=osittain samaa mieltä, 3=en osaa sanoa, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

- ☐ 5
☐ 4
☐ 3
☐ 2
☐ 1

31. Muutosehdotuksia tarkistuslistaan voit kirjata tähän *

☐ Vahvista vastausten lähetys

SAATEKIRJE TUTKIMUKSEN MITTARIN ESITESTAUKSEEN OSALLISTUVILLE

Hyvä Oulun yliopistollisen sairaalan lasten leikkausosaston sairaanhoitaja

Olemme tekemässä opinnäytetyötä leikkaustiimin tarkistuslistan käyttökokemuksista Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosastolla. Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä Oulun seudun ammattikorkeakoulun ja Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston kanssa. Työmme tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä tarkistuslistan käytöstä. Pyrimme myös selvittämään mahdollisia käyttöön liittyviä ongelmia ja sairaanhoitajien kehittämideoita. Tavoitteena on tarjota keskusleikkausosastolle mahdollisuus kehittää tarkistuslistaa ja tarvittaessa kouluttaa henkilökuntaa sekä tuoda esille tarkistuslistan merkitys potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä.

Esitestauksen tarkoituksena on arvioida mittarin ymmärrettävyyttä, sisältöä ja soveltuvuutta tutkimusongelmiimme sekä selvittää vastaamiseen tarvittavaa aikaa. Mittarin esitestaaminen on täysin vapaaehtoista. Olisimme kuitenkin erittäin kiitollisia juuri Teidän osallistumisesta sekä mielipiteistä ja näkemyksistä.

Jos päätätte osallistua testaamiseen, pyydämme Teitä ensin vastaamaan mittarin kysymyksiin sen perusteella, kuinka itse koette tarkistuslistan käytön omassa yksikössänne. Toivoisimme Teidän kiinnostavan huomiota kysymysten yksiselitteisyyteen, selkeyteen ja täsmällisyyteen. Tämän jälkeen haluaisimme kuulla mielipiteenne mittarista palautelomakkeen kysymysten avulla. Vastaustenne perusteella teemme mittariin tarvittavia muutoksia ennen varsinaisen tutkimuksen toteuttamista. Käsittelemme vastaukset luottamuksellisesti.

Ystävällisin terveisin

Henna Sipola ja Salla-Maria Savela
Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Hoitotyön sv
Puh.

ESITESTAUKSEN PALAUTELOMAKE

1. Olivatko vastausohjeet selkeät?

a. kyllä

b. ei, miksi? _____

2. Olivatko kysymykset helposti ymmärrettäviä ja yksiselitteisiä?

3. Puuttuiko mittarista olennaisia kysymyksiä tai oliko siinä tarpeettomia kysymyksiä?

4. Mittasivatko kysymykset asioita, joita oli tarkoitus mitata?

5. a. Paljonko vastaamiseen kului aikaa? _____ minuuttia

b. Menikö vastaamiseen mielestänne liian kauan?

a. kyllä

b. ei

6. Kommentteja ja parannusehdotuksia:

Kiitos osallistumisesta ja vastauksistanne!

SAATEKIRJE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVILLE

Hyvä Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston sairaanhoitaja

Olemme tekemässä opinnäytetyötä leikkaustiimin tarkistuslistan käyttökokemuksista Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosastolla. Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä Oulun seudun ammattikorkeakoulun ja Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston kanssa. Työmme tarkoituksena on tutkia, minkälaisia kokemuksia Teillä keskusleikkausosaston sairaanhoitajilla on tarkistuslistan käyttämisestä ja miten tarkistuslistaa hyödynnetään perioperatiivisessa hoitotyössä. Pyrimme myös selvittämään mahdollisia käyttöön liittyviä ongelmia ja Teidän kehittämisideoitanne. Tavoitteenamme on tarjota leikkausosastollenne mahdollisuus kehittää tarkistuslistaa ja tarvittaessa tarjota Teille lisäkoulutusta listan käyttöön sekä tuoda esille tarkistuslistan merkitys potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä.

Tutkimukseen osallistuminen on Teille vapaaehtoista. Vastaaminen tapahtuu nimettömästi, eikä henkilöllisyytenne tule esille missään vaiheessa. Tutkimuksen tulokset julkaistaan tilastollisessa muodossa ja avointen kysymysten kohdalla erittelemme sisällön niin, ettei Teitä tunnisteta vastauksestanne. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti eikä sitä käytetä muuhun tarkoitukseen. Yhteistyökumppanilla, Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosastolla on oikeus käyttää tutkimustuloksia toiminnan kehittämiseen. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua syksyllä 2013.

Toivomme Teidän osallistuvan tutkimukseen. Tulosten perusteella tarkistuslistaa voidaan kehittää juuri Teidän kokemusten perusteella toimivammaksi. Vastauksenne ja kokemuksenne ovat meille erittäin tärkeitä. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu Internetissä Webropol-alustalla. Vastamaan pääsette syyskuussa 2012 osastonhoitajan sähköpostitse lähettämästä linkistä.

Mikäli Teillä on kysyttävää tutkimuksesta, vastaamme mielellämme kysymyksiinne.
Kiitos vastauksestanne!

Ystävällisin terveisin
Henna Sipola ja Salla-Maria Savela
Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Hoitotyön sv
Puh. / sähköposti